



**FACULTAD DE ENFERMERÍA Y FISIOTERAPIA**  
**GRADO EN ENFERMERÍA**

Curso Académico 2016-2017

**TRABAJO DE FIN DE GRADO**

**CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA  
AGITACIÓN PSICOMOTRIZ. SEGURIDAD  
DEL PACIENTE Y DEL ENTORNO  
SANITARIO.**

**PAULA DESIRE CUMBRERAS DE SENA**

**Tutor: Cristina O'Ferrall González**

Universidad de Cádiz. Facultad de Enfermería y Fisioterapia.

Departamento de Enfermería y Fisioterapia.

Cádiz, Junio 2017.

## **RESUMEN:**

La agitación psicomotriz no es considerada una enfermedad sino que es definida como un cuadro clínico caracterizado por un estado de hiperactividad psíquica y motora cuya etiología puede ser de carácter orgánico, psíquico o tóxico/mixto y cuya intervención inmediata es fundamental ya que es considerada, por su carácter, una urgencia psiquiátrica. Debido a la necesidad de atención y asistencia urgente que requiere el paciente agitado, es imprescindible conocer las medidas iniciales de su intervención así como los cuidados posteriores que debe recibir el paciente para mejorar su estado de salud, todo ello subordinado a preceptos legales que amparan los derechos fundamentales del paciente y la práctica clínica de los profesionales en esta situación de crisis.

Es fundamental la formación teórica y práctica de todos los profesionales sanitarios puesto que la agitación psicomotriz presenta una elevada prevalencia y puede manifestarse en cualquier contexto sanitario.

Con esta revisión de la literatura científica se pretende hacer una aproximación clínica a este tipo de pacientes y otorgar herramientas útiles al equipo multidisciplinar y, en concreto, a la enfermera generalista para mantener actualizados los conocimientos teóricos y prácticos sobre el tratamiento y, en especial, el cuidado del paciente que presente un cuadro de agitación.

**Palabras clave:** agitación psicomotriz, paciente agitado, protocolo de actuación, cuidados de enfermería e intervención.

## **ABSTRACT:**

Psychomotor agitation is not considered as an illness; actually it is defined as symptoms characterized by a psychic and motor hyperactivity whose aetiology can be of an organic, psychic or toxic/mixed nature and whose immediate intervention is essential since it is considered, because of its nature, a psychiatric emergency. Due the needs for care and urgent assistance required by an agitated patient, it is essential to know about the intervention initial measures and aftercares to improve the patient's health status. It is all subordinate to legal precepts which protect the fundamental rights of the patient and the clinical practice of professionals in this crisis situation.

The theoretical and practical training of all sanitary professionals is essential because the psychomotor agitation presents a high prevalence and it can show up in any health context.

This scientific literature review aims to do a clinical approximation for these kinds of patients and it wants to provide useful tools to the multidisciplinary team and, in particular, to the general nurse in order to keep the theoretical and practical knowledge about the treatment updated and, more concretely, the cares of a patient with symptoms of agitation.

**Key words:** Psychomotor agitation, agitated patient, protocol of action, nursing cares and intervention.

# **ÍNDICE**

<b>1. INTRODUCCIÓN Y MARCO TEÓRICO</b>	<b>5</b>
<b>2. JUSTIFICACIÓN</b>	<b>10</b>
<b>3. OBJETIVO GENERAL Y OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b>	<b>12</b>
<b>4. METODOLOGÍA</b>	<b>13</b>
<b>4.1. Descriptores.</b>	<b>13</b>
<b>4.2. Fuentes de Información.</b>	<b>14</b>
4.2.1. Primarias.	15
4.2.2. Secundarias.	15
4.2.3. Terciarias.	15
<b>4.3. Procedimiento/Documentos Recuperados y Seleccionados.</b>	<b>16</b>
<b>4.4. Criterios de Inclusión y Exclusión.</b>	<b>18</b>
<b>5. DESARROLLO DE LOS OBJETIVOS</b>	<b>20</b>
<b>5.1. Descripción de las diferentes intervenciones empleadas en el entorno sanitario para abordar la agitación psicomotriz.</b>	<b>20</b>
5.1.1. Contención verbal/ emocional.	23
5.1.2. Contención farmacológica.	24
5.1.3. Contención mecánica.	27
5.1.4. Derivación del paciente.	31
<b>5.2. Análisis de la normativa vigente en materia de seguridad del paciente cuando se produce un episodio de agitación psicomotriz.</b>	<b>32</b>
<b>5.3. Descripción de los cuidados enfermeros en la agitación psicomotriz e identificación de las etiquetas NANDA, NIC y NOC compatibles con dichos cuidados.</b>	<b>37</b>
5.3.1. Cuidados generales de enfermería en el paciente agitado.	37
5.3.2. Revisión de las etiquetas NANDA, NIC y NOC compatibles con planes de cuidados para pacientes con agitación psicomotriz.	39
<b>6. CONCLUSIONES</b>	<b>47</b>
<b>7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>50</b>
<b>7.1. Otra bibliografía consultada.</b>	<b>56</b>
<b>8. ÍNDICE DE TABLAS</b>	<b>61</b>
<b>9. ANEXOS</b>	<b>62</b>
<b>9.1. Preceptos legales a nivel nacional (España).</b>	<b>62</b>

## 1. INTRODUCCIÓN Y MARCO TEÓRICO

La agitación psicomotriz no constituye en sí misma una enfermedad sino que es definida como un estado de hiperactividad psíquica y motora que se acompaña de distintos síntomas y signos configurándose como una entidad sindrómica. Tal y como reflejan García Álvarez y Bugarín González (2012) puede, además, ser un síntoma y/o signo de una gran variedad de trastornos, tanto psiquiátricos como somáticos.

A pesar de ser relacionada directamente con la enfermedad psiquiátrica, su etiología puede ser orgánica, psiquiátrica y/o tóxica/mixta y es una situación que puede presentarse en cualquier contexto sanitario siendo considerada una urgencia psiquiátrica cuya actuación inmediata tiene una importancia de gran calibre para el estado de salud del paciente (Grupo de trabajo sobre mejora del medio ambiente terapéutico, 2010).

Estévez Ramos, Basset Machado, Guerrero Lara, López Vázquez y Leal García (2011) definen las urgencias psiquiátricas como aquellas situaciones en las que el trastorno del pensamiento, del afecto o de la conducta es en tal grado disruptivo que el paciente mismo, la familia o la sociedad consideran que se requiere atención inmediata, por lo que un paciente agitado necesita de dicha atención inmediata para tratar o minimizar el cuadro psicomotor que padece o al que puede progresar si no se atiende correcta y rápidamente.

Históricamente, las posibilidades de éxito terapéutico para el paciente con agitación psicomotriz estaban relacionadas con las posibilidades económicas o estatus social que éste tuviese, constituyéndose la pobreza como factor negativo para el cuidado de este tipo de pacientes (Pileño Martínez, Morillo Rodríguez, Salvadores Fuentes y Nogales Espert, 2003).

Durante la Edad Media, el papel del enfermero de salud mental, entre cuyos cuidados estaban aquellos destinados a remitir el estado de agitación psicomotriz de un paciente, consistía en asistencia meramente psicológica y apoyo espiritual puesto que la religión y las creencias estaban directamente relacionadas con la enfermedad psiquiátrica. Las actuaciones que se realizaban en pacientes agitados consistían en el azotamiento, colocación de grilletes y cadenas hasta el encarcelamiento permanente en jaulas.

Durante la Edad Moderna, los pacientes con enfermedad mental u orgánica con clínica mental eran recluidos en hospitales o manicomios alejados de las ciudades para

excluirlos del resto de pacientes y hasta hace muy pocas décadas, los recursos asistenciales disponibles para cubrir la asistencia al enfermo agitado eran muy escasos.

Con la implantación de leyes, protocolos, guías y procedimientos que amparan al paciente agitado buscando su bienestar y recuperación de la salud, así como el establecimiento de unidades, profesionales y cuidados focalizados en las patologías y trastornos causantes de estos episodios, la terapéutica y asistencia a los pacientes ha sido mejorada y adaptada con éxito a las necesidades de estos usuarios variando desde posturas de reclusión y aislamiento social severo, en la antigüedad, hasta posturas de puertas abiertas (Pileño Martínez et al., 2003).

En la actualidad, los procedimientos e intervenciones que se realizan a pacientes agitados se encuentran protocolizadas y varían desde la contención verbal hasta la sujeción mecánica determinándose cada una de ellas en función de la situación y contexto en el que se produce la crisis, etiología de la misma, tipo de trastorno y valoración del paciente en todos sus ámbitos (bio-psico-social) (Téllez Lapeira, Villena Ferrer, Morena Rayo, Pascual Pascual y López García, 2005).

Como se ha mencionado, la etiología de la agitación psicomotriz corresponde a la influencia de tres importantes componentes como son los factores orgánicos, psiquiátricos y ambientales. En referencia a los factores orgánicos encontramos el más destacado de todos; el delirium, así como diversas patologías desde epilepsia hasta lupus eritematoso sistémico. Entre los factores psiquiátricos encontramos trastornos psicóticos y trastornos de adaptación, entre otros. La influencia de estos factores junto con el ambiente (consumo de tóxicos, situaciones sometidas a elevado estrés...) pueden determinarse como desencadenantes de la agitación psicomotriz (Stucchi-Portocarrero et al., 2014). A continuación, se muestra en la Tabla 1 un resumen de los tres tipos de factores etiológicos junto con los trastornos, patologías y conductas que con más frecuencia pueden dar lugar a un cuadro de agitación psicomotriz.

**Tabla 1**

*Factores etiológicos de la agitación psicomotriz*

<b>Tipo de factor</b>	<b>Patologías, trastornos y conductas</b>
<b>Orgánicos</b>	Delirium (si la conciencia está afectada), Traumatismos cerebrales (principalmente del lóbulo frontal), Epilepsia (lóbulo temporal), Infección del sistema nervioso central, Encefalopatía (hepática, anóxica, urémica), Accidente cerebrovascular, Trastornos del equilibrio hidroelectrolítico, Neoplasias cerebrales, Hipoglucemia, Hipertiroidismo, Porfiria aguda intermitente, Lupus eritematoso sistémico.
<b>Psiquiátricos</b>	Esquizofrenia y psicosis aguda, Trastorno bipolar, Depresión mayor, Trastorno de pánico, Trastorno de estrés agudo y postraumático, Trastornos de adaptación, Trastornos de la personalidad (límite y disocial), Trastorno de inicio en la infancia, Retardo mental, Demencia.
<b>Ambientales</b>	Tensión psíquica sujeta a situaciones de elevado estrés, Intoxicación por cocaína, anfetaminas o alucinógenos, Alcoholismo (delirium tremens), Uso de corticosteroides, anticolinérgicos o levodopa, Psicosis inducida por sustancias psicoactivas.

*Notas:* Elaboración propia, 2016. Basada en “Guía de práctica clínica para el tratamiento de la agitación psicomotora y la conducta”, por Stucchi-Portocarrero, S., Cruzado, L., Fernández-Ygreda, R., Bernuy-Mayta, M., Vargas-Murga, H., Alvarado-Sánchez, F.,... Núñez-Moscoso, P., 2014, *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 77(1), 20-21.

A pesar de existir diferentes etiologías de la agitación psicomotriz, la clínica más común es la presencia de un estado anímico ansioso y/ o eufórico junto con exaltación motora con movimientos desproporcionados, desorganizados y con frecuencia improductivos aunque en ocasiones el fin es la auto/hetero agresión (Pérez González, 2003). Asimismo, Estévez Ramos et al. (2011) añaden que este síndrome psicomotor se acompaña de una activación vegetativa (sudoración profusa, taquicardia, midriasis...), ansiedad severa, pánico u otros estados emocionales intensos.

Molina Alén (2002) refiere que, junto a los factores etiológicos, la cohesión de diferentes factores predisponentes en un mismo individuo puede dar lugar a un cuadro de agitación. Dichos factores predisponentes, los cuales se muestran resumidos a continuación en la Tabla 2, se clasifican en tres tipos; demográficos, clínicos y ambientales englobando cada uno de ellos aquellos elementos principales que con más concurrencia pueden llegar a generar un episodio de agitación.

**Tabla 2***Factores predisponentes de la agitación psicomotriz*

<b>Tipo de factor</b>	<b>Elemento</b>
<b>Demográficos</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Edad (relativamente entre 15-30 años). No obstante, puede darse en pacientes con mayor edad.</li><li>• Sexo: más frecuente en varones.</li><li>• Antecedentes familiares de alcoholismo o conductas agresivas.</li></ul>
<b>Clínicos</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Factores que coinciden con los factores etiológicos de origen orgánico y psiquiátrico (ver Tabla 1)</li></ul>
<b>Ambientales</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Primer ingreso</li><li>• Ingreso involuntario</li><li>• Conflictos con el personal y/u otros pacientes</li></ul>

*Notas:* Elaboración propia, 2016. Basado en “*Manejo de enfermería en pacientes con cuadro de agitación*”, por Molina Alén, E., 2002, Barcelona, España: Glosa.

Jiménez Busselo, Aragón Domingo, Nuño Ballesteros, Loño Capote y Ochando Perales (2005) establecen de gran interés considerar que toda agitación contiene dicho factor reactivo al ambiente en que surge y que el mismo paciente, en otra situación, podría no hallarse agitado, hecho que es fundamental recordar ante cierto tipo de pacientes, como los afectados por déficit cognitivos, demencia o trastornos del desarrollo.

Por último, es interesante saber diferenciar al paciente agitado del paciente violento con el objetivo de evitar, entre otras consecuencias, la mala praxis y/o diagnósticos erróneos. El paciente violento utiliza la fuerza física o el lenguaje de forma intencionada generando una situación violenta con posibles repercusiones dañinas para sí mismo y/o para su entorno y aunque con un paciente agitado, esta situación puede observarse similar, la agitación es involuntaria (Fernández Gallego, Murcia Pérez, Sinisterra Aquilino, Casal Angulo y Gómez Estarlich, 2009). No obstante y tal como refieren textualmente Bustos, Capponi, Ferrante, Frausin e Ibáñez (2010) los pacientes agitados pueden presentar conductas violentas, aunque en general estas situaciones suelen ser protagonizadas por sujetos que no pueden ser caracterizados como orgánicos ni como psiquiátricos, exceptuando aquellos que padecen trastornos de la personalidad, como el antisocial o el límite.



Tras esta primera aproximación clínica al paciente con agitación psicomotriz, esta revisión pretende proporcionar conocimientos teórico-prácticos útiles para los profesionales sanitarios en general y la enfermería en particular, puesto que se trata de la rama sanitaria que dedicará sus cuidados a cualquier paciente en esta situación.

## 2. JUSTIFICACIÓN

La agitación psicomotriz es un evento de frecuente presentación en cualquier contexto sanitario tanto en unidades de psiquiatría como en otras áreas hospitalarias (Negro González y García Manso, 2004). Por ello, el abordaje del paciente en crisis de agitación es un procedimiento que debe conocer cualquier profesional dedicado a la rama sanitaria pues las actuaciones a realizar para evitar o minimizar la crisis no se encuentran focalizadas en un solo profesional experto. Negro González y García Manso (2004) refieren que la importancia radica en que la agitación psicomotriz es considerada una urgencia psiquiátrica y por ello se requiere una respuesta rápida y coordinada del personal sanitario.

Este trabajo se centra en mostrar una información detallada que para la enfermera generalista constituye mantener actualizados los conocimientos teóricos y prácticos sobre el tratamiento y, en especial, el cuidado del paciente que presente un cuadro de agitación.

La agitación, tal y como reflejan textualmente Bustos et al. (2010) en el artículo “Excitación psicomotriz: manejo en los diferentes contextos”, ocurre en el 10 % de los pacientes que acuden a las instituciones psiquiátricas de urgencia, en el 11 al 50 % de los pacientes con lesiones craneoencefálicas traumáticas, hasta en el 67 % de los pacientes con delirium y en el 93% de los pacientes con demencia. En las Unidades de Cuidados Intensivos, hasta el 71 % de los pacientes pueden presentar agitación.

Al poseer esta elevada prevalencia en los diferentes contextos sanitarios, la agitación psicomotriz es considerada un síndrome cuya atención y cuidados requiere de profesionales con conocimientos actualizados que conozcan, además, los indicios previos al inicio de la crisis pues no sólo se trata de minimizar el episodio o recuperar la salud del paciente sino también, de prevenir episodios futuros.

Los cuidados del paciente agitado y su recuperación necesitan de las correspondientes habilidades profesionales presentes en el trato enfermero-paciente y que pretenden mantener y asegurar la integridad física y moral tanto del paciente como del profesional sanitario y entorno.

Por otra parte cabe destacar que entre todas las habilidades y competencias (transversales y específicas) que posee la enfermera generalista y que son citadas y

evaluadas en el Libro Blanco Título de Grado de Enfermería (Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación [ANECA], 2004) sobresalen aquellas que todo personal del área de enfermería debe conocer y llevar a la práctica ante un caso de paciente agitado:

- Capacidad para valorar el riesgo y promocionar activamente el bienestar y seguridad de toda la gente del entorno de trabajo (incluida/os ella/os misma/os).
- Capacidad para poner en práctica principios de salud y seguridad, incluidos la movilización y manejo del paciente entre otros.
- Capacidad de aplicar los conocimientos en la práctica.
- Capacidad para adaptarse a nuevas situaciones.

Tal y como afirman literalmente García García, J. M., García García, L. y Sáenz Mendía (2013), garantizar la seguridad en esta situación es un objetivo fundamental y conlleva tener unos conocimientos actualizados y llevar a cabo una atención libre de daños evitables, aumentar la detección cuando ocurren y disminuir al máximo sus consecuencias.

Tras todo lo mencionado y conociendo la dimensión del fenómeno, esta revisión pretende acercar la agitación psicomotriz a los profesionales sanitarios y a la enfermería, en particular, por su labor en los cuidados y el trato personal con los pacientes. Actualizar los conocimientos en materia de salud, conocer las medidas legales para las diferentes actuaciones y proporcionar seguridad, información y herramientas útiles es lo que proyectan los objetivos de este trabajo para que los profesionales de enfermería tengan la capacidad de manejar este tipo de situaciones usuales y características que requieren de una excepcional praxis basada en una inconfundible teórica.

### 3. OBJETIVO GENERAL Y OBJETIVOS ESPECÍFICOS

**Objetivo general:** Revisar la evidencia científica relativa a las intervenciones en la agitación psicomotriz y los cuidados de enfermería.

**Objetivos específicos:**

1. Describir las diferentes intervenciones empleadas en el entorno sanitario para abordar la agitación psicomotriz.
2. Analizar la normativa vigente en materia de seguridad del paciente cuando se produce un episodio de agitación psicomotriz.
3. Describir los cuidados enfermeros en la agitación psicomotriz e identificar las etiquetas NANDA, NIC y NOC compatibles con dichos cuidados.

## 4. METODOLOGÍA

Este trabajo consiste en una revisión bibliográfica narrativa de la literatura con el objetivo de recopilar las evidencias científicas que permitan esclarecer y actualizar los diferentes conceptos, procedimientos y cuidados enfermeros a realizar en torno al paciente agitado.

Utilizando las palabras claves “agitación psicomotriz”; “paciente agitado”; “protocolo de actuación”; “cuidados de enfermería” e “intervención” procedentes del lenguaje natural e introducidas en los tesauros DECS (Descriptores en Ciencias de la Salud) y MESH (Medical Subject Headings) en sus formas compuestas y/o por separado, se obtuvieron los descriptores que se muestran a continuación en la Tabla 3 junto con sus sinónimos. El obtener los descriptores mencionados permitió su utilización introduciéndolos en las diferentes bases de datos consultadas y combinando dichos términos con los operadores booleanos AND, OR y NOT, visibles en la Tabla 4, se pudo obtener documentos útiles para este proyecto. También se exponen posteriormente las fuentes de información a las que se ha recurrido y el procedimiento general de búsqueda que se ha llevado a cabo. Para finalizar, se presentan, más adelante, los criterios de inclusión y exclusión mediante los cuales se han descartado determinados documentos y recuperados y posteriormente seleccionados aquellos considerados de interés para elaborar esta revisión bibliográfica.

A continuación se exponen en independientes apartados los elementos mencionados (descriptores, fuentes de información...) y que han sido utilizados para la realización de este trabajo.

### 4.1. Descriptores.

En la tabla que se muestra a continuación se exponen las palabras claves utilizadas que fueron transformadas en descriptores mediante los tesauros DECS y MESH de donde se obtuvieron a su vez sinónimos que también se utilizaron para la búsqueda de información. En ocasiones, no se han podido hallar descriptores por lo que se ha utilizado, en la búsqueda, la palabra natural original. Del mismo modo, algunos sinónimos solo pudieron ser encontrados o en un solo tesoro o en ninguno de ambos. Se expone todo ello a continuación.

**Tabla 3**

*Palabras claves, descriptores (DECS y MESH) y sinónimos utilizados para desarrollar la revisión de la literatura científica*

Palabra Clave	Palabra Clave (Inglés)	DECS	MESH	Sinónimos (DECS/MESH)
<b>1. Agitación Psicomotriz</b>	Psychomotor Agitation	---	Psychomotor Hyperactivity	Psychomotor excitement (M)
			Psychomotor Restlessness	Akathisia (M)
<b>2. Agitación</b>	Agitation	Agitación Psicomotriz	Restlessness	---
<b>3. Psicomotriz</b>	Psychomotor	---	Psychomotor Hyperactivity	Excitación psicomotriz (D)
			Psychomotor Restlessness	Inquietud (D) Acatisia (D)
<b>4. Paciente agitado</b>	Agitated Patient	---	---	Agitated client (M)
<b>5. Protocolo de actuación</b>	Protocol	---	---	---
<b>6. Cuidados de Enfermería</b>	Nursing Care	Atención de Enfermería	---	---
<b>7. Intervención</b>	Intervention	Intervención en la crisis (Psiquiatría)	---	Disminución del Estrés del Incidente Crítico (D)

*Notas:* M= sinónimos encontrados a partir del MESH; D= sinónimos encontrados a partir del DECS; ---= no encontrado. Elaboración propia, 2016.

## 4.2. Fuentes de Información.

Para la búsqueda de documentación se utilizaron, en primera instancia, las fuentes de información terciarias y secundarias utilizando las primarias para ampliación de información y establecimiento de los objetivos del trabajo.

#### 4.2.1. Primarias.

Se han revisado diferentes libros y textos procedentes de la Unidad de Salud Mental Comunitaria (USMC) del Hospital Militar San Carlos en San Fernando (Cádiz) así como de la biblioteca de la Facultad de Enfermería y Fisioterapia de Cádiz y Biblioteca Pública Municipal Adolfo Suárez de Cádiz. Tales publicaciones son:

1. Almajano Navarro, V., Marco Arnau, I., Morales Rozas, A. B., Sieso Sevil, A. I., González Asenjo, H., Cinca Monterde, C.,... Alonso Martínez, V. (2014). *Diagnósticos enfermeros en salud mental. Identificación, desarrollo y aplicación*. 2ª ed. Aragón, España: Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud.
2. Bobes García, J., Bousoño García, M., Saíz Martínez, P-A. y García-Portilla, M. P. (1998). *Enfermería psiquiátrica (I): Fundamentos de enfermería*. Barcelona, España: Ediciones Doyma.
3. Galiana Roch, J. L. (2016). *Enfermería psiquiátrica*. Barcelona, España: Elsevier.
4. Granada, J. M. (Ed.). (2010). *Manual de enfermería psiquiátrica*. Barcelona, España: Editorial Glosa.
5. Jims (Editorial). (1995). *Diccionario de psiquiatría*. Barcelona, España: Jims.
6. Megías-Lizancos, F. y Serrano Parra, M. D. (2000). *Enfermería S 21: Enfermería en Psiquiatría y Salud Mental*. Madrid, España: Difusión Avances de Enfermería (DAE).

Además, se ha realizado una búsqueda manual de protocolos, planes de cuidados y guías de práctica enfermera en los lugares mencionados anteriormente.

#### 4.2.2. Secundarias.

Se han revisado diferentes documentos presentes en las principales bases de datos de carácter científico como son **Pubmed, Medline ProQuest, Cuiden, Elsevier, Lilacs, PsycINFO, Scielo, Dialnet y Cochrane**. El acceso a estas bases ha sido permitido a través de la página web de la biblioteca de la UCA.

#### 4.2.3. Terciarias.

Se han llevado a cabo búsquedas en webs académicas como **Google Académico**. Del mismo, a través de fuentes terciarias como es **Google**, se ha obtenido información de

varias revistas científicas digitales, algunas de las cuales son: Revista Ciencia y Cuidado, Enfermería Global o Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, entre otras.

#### **4.3. Procedimiento/Documentos Recuperados y Seleccionados.**

La búsqueda de información se ha realizado durante los meses de octubre a mayo del año 2016-2017 con el objeto de conocer la literatura científica más actualizada en relación a los cuidados, procedimientos y seguridad del paciente con agitación psicomotriz.

En primer lugar se ha realizado una búsqueda general a través de las fuentes de información terciarias Google y Google Académico, utilizando las palabras claves expuestas anteriormente en la Tabla 3, acerca de la agitación psicomotriz, los protocolos de actuación presentes para la misma, así como los principales cuidados de enfermería para el paciente agitado.

Esta primera búsqueda permitió recordar y ampliar los conocimientos sobre el tema principal de este trabajo y redactar los objetivos del mismo. De todos los resultados obtenidos se seleccionaron varios documentos que permitían centrar los objetivos de esta revisión en relación a las diferentes intervenciones empleadas en el entorno sanitario para abordar la agitación psicomotriz, la normativa vigente en materia de seguridad del paciente cuando se produce un episodio de agitación psicomotriz y en identificar y describir los cuidados enfermeros en esta situación clínica.

Tras determinar el objetivo general y los específicos, se procedió a realizar una búsqueda más técnica y detallada convirtiendo las palabras claves del lenguaje natural en descriptores mediante los tesauros DECS y MESH, mostrados también anteriormente en la Tabla 3. Dichos descriptores se combinaron con los operadores booleanos AND, OR y NOT, visibles a continuación en la Tabla 4 y pasaron a ser introducidos en las diferentes bases de datos (Pubmed, Medline ProQuest, Cuiden, Elsevier, Lilacs, PsycINFO, Scielo, Dialnet y Cochrane) con el fin de obtener documentación actualizada donde los descriptores utilizados se encontrasen tanto en el título como en el resumen o en cualquier parte del texto. No obstante, sólo se seleccionaron documentos procedentes de las bases Pubmed, Medline ProQuest, Cuiden, Dialnet y Cochrane puesto que en las restantes se obtuvo documentación repetida e información que no se ajustaba a los criterios de inclusión establecidos para este proyecto y que son mostrados



más adelante en su apartado correspondiente. El acceso a estas bases de datos fue posible a través de la web de la biblioteca de la Universidad de Cádiz (UCA).

Seguidamente se muestra la Tabla 4 donde aparecen los operadores booleanos utilizados y las conjugaciones con los descriptores que se utilizaron en la búsqueda.

**Tabla 4**

*Conjugaciones realizadas entre descriptores y operadores booleanos en la búsqueda de la literatura científica*

Operadores booleanos	Descriptores conjugados
<b>AND</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Agitación AND Psicomotriz (Psychomotor AND Agitation)</li> <li>• Paciente AND Agitado (Agitated AND Patient)</li> <li>• Enfermería AND Agitación (Nursing AND Agitation)</li> <li>• Actuación AND Agitación psicomotriz (Intervention AND Psychomotor agitation)</li> </ul>
<b>AND &amp; OR</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Agitación OR Excitación AND Psicomotriz (Psychomotor AND Agitation OR Excitement)</li> <li>• Cuidados OR Intervención AND Enfermería AND Agitación (Cares OR Intervention AND Nursing AND Agitation)</li> <li>• Intervención OR Protocolo AND Enfermería ) (Intervention OR Protocol AND Nursing)</li> </ul>
<b>NOT</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• NOT Niños (NOT Children)</li> </ul>

*Nota:* Elaboración propia, 2016.

Tras la lectura de los resúmenes y partes del contenido de aquellos documentos que fueron recuperados por su interés científico en el tema que se trata y por cumplir los criterios de inclusión, se seleccionaron 38 archivos cuyo contenido proporciona respuestas a los objetivos planteados para esta revisión.

Por otra parte, se recuperaron libros, guías y protocolos acerca del paciente agitado y sus cuidados en el ámbito hospitalario y que fueron hallados mediante su búsqueda manual en la Biblioteca Pública Municipal Adolfo Suárez de Cádiz, biblioteca de la Facultad de Enfermería y Fisioterapia de Cádiz y Unidad de Salud Mental Comunitaria del Hospital San Carlos en San Fernando. Esta búsqueda a través de fuentes de información primarias se realizó con el objetivo de recopilar información enfocada a la

agitación psicomotriz y sus cuidados para la redacción de la introducción, justificación y definición de los tres objetivos específicos y así llevar a cabo el objetivo general de este trabajo.

Para concluir, se expone que de 66 documentos previamente obtenidos y cuyos resúmenes y diversos apartados de su desarrollo fueron revisados con el objeto de hallar información relevante para esta revisión, se seleccionaron 38 documentos que se ajustan a los criterios de inclusión establecidos y cuyo contenido abarca información relevante para desarrollar esta revisión bibliográfica sobre la agitación psicomotriz y la seguridad y cuidados del paciente agitado. No obstante, los 28 documentos restantes fueron utilizados para ampliar la información sobre el tema principal del trabajo y, aunque no se han utilizado las ideas integradas en el contenido de los mismos, se trata de otra bibliografía consultada y de interés para el lector que desee conocer más aún acerca de esta situación de urgencia.

#### **4.4. Criterios de Inclusión y Exclusión.**

Para la realización de una adecuada revisión bibliográfica de la literatura científica existente en relación a los cuidados y seguridad del paciente con agitación psicomotriz, se formularon los criterios de inclusión y exclusión que debían cumplir los textos analizados y que otorgaban respuesta a los objetivos de este trabajo:

**Criterios de Inclusión:** Se incluyeron los documentos que cumplieran los siguientes criterios:

- Basados en la especie humana.
- Centrados en el ámbito hospitalario y dispositivos sanitarios externos al hospital.
- Enfocados en el paciente adulto.
- Publicados en los últimos diez años. En primer lugar se decidió utilizar publicaciones de los últimos cinco años, sin embargo ampliando el rango a diez años, se ha podido centrar aún más el tema y los objetivos. No obstante, por su interés específico y focalizado en los cuidados del paciente agitado, se ha considerado además, que varios documentos con una fecha de publicación anterior hayan sido recuperados y posteriormente seleccionados.
- Escritos en castellano y/o inglés.

**Criterios de Exclusión:** Se ha descartado documentación en relación a los siguientes criterios:

- Basada en la especie animal o estudios centrados en entorno no sanitario.
- Focalizada en pacientes menores de 18 años.
- Publicada en idiomas diferentes al castellano y/o inglés.

## 5. DESARROLLO DE LOS OBJETIVOS

### 5.1. Descripción de las diferentes intervenciones empleadas en el entorno sanitario para abordar la agitación psicomotriz.

El inicio de la agitación psicomotriz es, en muchas ocasiones, imprevisto y la causa debe buscarse en la patología de base del paciente (Galián Muñoz, Bernal Torres, Díaz Sánchez, De Concepción Salesa y Martínez Serrano, 2011). El conocimiento de los factores involucrados tanto en el desencadenamiento, como en la inhibición de estos episodios permitirá, no sólo el abordaje específico de cada caso, sino también la valoración y prevención del riesgo de repetición de la crisis.

Debido a la amplia variedad de circunstancias en las que los pacientes pueden presentar agitación, es dificultoso determinar reglas estrictas o conductas fijas para su atención, no obstante es necesario contar con una protocolización mínima que permita disminuir y mitigar esta situación (Bustos et al., 2010).

En el caso de producirse un cuadro de agitación, las intervenciones que se proceden a realizar están habitualmente jerarquizadas teniendo en cuenta, en cada una de ellas, la búsqueda de un entorno seguro como objetivo primordial. En primer lugar, se llevará a cabo, siempre que sea posible, la contención verbal seguida de la farmacológica si la anterior no tuviese el suficiente peso para resolver la situación y, como medida final, la contención mecánica si continuase la existencia de riesgo y/o daño para el propio paciente, profesionales y entorno (Grupo de trabajo sobre mejora del medio ambiente terapéutico, 2010). Sin embargo, esta secuencia no siempre debe cumplirse estrictamente, sino que debe tenerse presente las particularidades clínicas del caso específico (Bustos et al., 2010) y basar cualquier intervención que se realice en función de la etiología del episodio, historia clínica previa, valoración y examen inicial y evaluación y estudio del paciente, evitando el frecuente error de suponer que el episodio de agitación es de origen psiquiátrico, obviando las posibles causas orgánicas (García Álvarez y Bugarín González, 2012).

Cabe volver a resaltar que todas las intervenciones protocolizadas tienen como objetivo principal preservar la integridad del paciente y del entorno. Ello implica, como establece

el Grupo de trabajo sobre mejora del medio ambiente terapéutico (2010), practicar una atención a la salud libre de daños evitables, aumentar la probabilidad de detectarlos cuando ocurren y mitigar sus consecuencias, por ello, el equipo terapéutico debe orientar sus intervenciones a proteger a la persona agitada y a quienes la rodean en el momento de la agitación así como procurar un ambiente libre de riesgos.

A continuación, en la Tabla 5 se muestran las diversas actuaciones iniciales a realizar para cumplir con el objetivo de salvaguardar la seguridad y obtener un entorno seguro donde realizar las principales intervenciones ante un paciente agitado. El conocer la etiología de la agitación es fundamental para una adecuada intervención posterior que remedie la misma por lo que es de gran interés la detección de los signos iniciales y la relación entre los síntomas y el tipo de crisis. Además, el lugar de atención al paciente y la ayuda por parte del resto de profesionales es de vital importancia a la hora de abordar del episodio.

**Tabla 5**

*Actuaciones a realizar con el fin de salvaguardar la seguridad en un episodio de agitación psicomotriz*

Actuación	Características
<b>Observación del paciente</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Signos y Síntomas</u>: Se debe observar signos y síntomas de riesgo vital que requieran intervenciones inmediatas (cianosis, arritmias....) así como aquellos característicos de la inquietud previa a la crisis o de la propia agitación (taquicardia, sudoración profusa, hiperactividad musculo-esquelética, posibles alucinaciones, ansiedad, estrés...). Del mismo modo, se deben observar las señales verbales y no verbales presentes en el paciente.</li> <li>• <u>Etiología de la agitación</u>: Los signos y síntomas percibidos en el paciente junto con sus antecedentes o historia clínica permiten una aproximación diagnóstica y conocer si el episodio de agitación corresponde a una patología orgánica, psiquiátrica o inducida por tóxicos, lo que influirá en las intervenciones a realizar.</li> </ul>
<b>Control Ambiental</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Búsqueda de un espacio físico seguro</u>: amplio, tranquilo, ordenado, libre de objetos que pudiesen generar riesgo o daños en el paciente, profesionales y terceros. Aislar al</li> </ul>

---

paciente si los elementos visuales o sonoros del entorno aumentan su estado de agitación. Conocer y detectar la salida del habitáculo, por si fuese necesaria utilizarla de emergencia. Por otra parte, se pueden utilizar medidas físicas en el paciente como manoplas, muñequeras, barras laterales...

- Refuerzo por otros profesionales** • Actuación en equipo: Se deben evitar riesgos innecesarios y/o añadidos por lo que es importante actuar en conjunto con el resto del equipo sanitario y dirigir unidos la intervención más adecuada. Por otra parte, la presencia de miembros de seguridad puede ser necesaria. Además, el suficiente personal puede llegar a tener carácter persuasivo.

---

*Notas:* Elaboración propia, 2016. Basada en “Agitación en paciente adulto hospitalizado. Plan de cuidados estandarizados”, por Bernal Pérez, F., Bustamante Pujadas, C., Hernández Ariza, M. C. y Nieves Montero, J., 2013, *RECIEN. Revista Científica de Enfermería*, 6, 4-5 y en “El paciente agitado” por Téllez Lapeira, J. M., Villena Ferrer, A., Morena Rayo, S., Pascual Pascual, P., y López García, C., 2005, *Guías Clínicas*, 5(34), 2-3.

El cumplimiento de los aspectos definidos en la Tabla 5 está influido por la actitud que los profesionales adoptan ante esta situación que, por lo general, suele producir temor y angustia combinándose dichos sentimientos con las exigencias profesionales y personales de resolver la crisis adecuada y rápidamente lo que puede llegar a afectar de forma significativa en la actuación (Torres Ojeda, Pena Andreu y Ruiz Ruiz, 2007).

Para controlar el estado y conducta de un paciente agitado se emplean medidas protocolizadas de contención, las cuales deben posibilitar la evaluación diagnóstica y el tratamiento adecuado para mitigar la crisis (Téllez Lapeira et al., 2005). Es de interés destacar el conocimiento por cualquier profesional sanitario de las intervenciones que a continuación se describen puesto que este hecho permitirá abordar la agitación y actuar en equipo de forma urgente. Las intervenciones que se muestran a continuación suelen seguir una jerarquía comenzando por la más sutil como es la contención verbal y colocando en último lugar a la contención física. No obstante, en la práctica, puede que este orden se altere si el paciente llega en un estado de agitación grave y en dicho caso, se optará inicialmente por la medida más prioritaria independientemente de dicha jerarquía.

### 5.1.1. Contención verbal/ emocional.

La primera pauta de actuación ante una agitación psicomotriz es fomentar la verbalización, es decir, fomentar un diálogo que genere tranquilidad y autocontrol en el paciente, realizado por personal capacitado para ello (Escobar-Córdoba y Suárez Beltrán, 2011), el más experimentado o el que mejor relación personal sanitario-paciente presente (Negro González y García Manso, 2004). No obstante, este tipo de contención inicial puede llegar a atenuar crisis de agitación leves o moderadas y generalmente de origen psiquiátrico (Fernández Gallego et al., 2009), sin embargo en episodios de agitación más graves se deberá realizar otros tipos de intervenciones (contención farmacológica y/o mecánica) para mejorar el estado del paciente (Téllez Lapeira et al., 2005).

Téllez Lapeira, Villena Ferrer, Morena Rayo, Pascual Pascual, y López García (2005) destacan literalmente que la conversación con el paciente comprende tanto una actitud terapéutica por parte de los profesionales sanitarios que lo atienden como técnicas de entrevista clínica. Esta entrevista comienza desde el contacto inicial con el usuario, determinando el riesgo de agresividad y explicando la intención de ayuda y posibles soluciones (Escobar-Córdoba y Suárez-Beltrán, 2011).

El diálogo, entre otras características que se muestran a continuación en la Tabla 6, tiene carácter persuasivo y debe realizarse de forma empática y escuchando, activamente y en la medida de lo posible, al paciente y familiares. Otra particularidad es la actitud de los profesionales, que como en el resto de las contenciones, es influyente en la intervención y permite obtener o una actuación adecuada o una mala praxis.

**Tabla 6**

*Actuaciones y conductas que deben adoptar los profesionales sanitarios para realizar la contención verbal en un paciente agitado*

Actuación	Conducta
<b>Presentación</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>El profesional sanitario encargado de la recepción, valoración y/o control del paciente agitado debe presentarse ante este (y familiares) antes de comenzar con la entrevista. Debe informar de la situación y posibles intervenciones a realizar y mostrar desde un principio la intención de ayuda implícita en la conversación.</li></ul>

---

**Mostrar una actitud profesional y tolerante ante la situación**

- Se evitará una actitud que muestre miedo, hostilidad, disputa, agresividad... ante la situación.
- Se favorecerá la escucha activa, empatía, respeto, control de la situación y profesionalidad.
- Mantener una distancia de seguridad con el paciente y evitar la mirada directa y fija durante un tiempo relativamente prolongado puede interpretarse como amenaza en lugar de autoridad.
- Determinar si la presencia de familiares u otros profesionales influye negativa o positivamente ante la situación y tomar las medidas necesarias (invitar a salir a los familiares, pedir la colaboración de otros sanitarios...).

**Establecer límites**

- Se debe escuchar activamente al paciente y responder ante sus dudas y temores pero se deben establecer límites de conducta, si la situación lo permite.

---

*Notas:* Elaboración propia, 2016. Basada en “El paciente agitado”, por Téllez Lapeira, J. M., Villena Ferrer, A., Morena Rayo, S., Pascual Pascual, P. y López García, C., 2005, *Guías Clínicas*, 5(34), 3.

Durante el abordaje de la entrevista y considerando las respuestas que el paciente ofrece, se podrá valorar la efectividad de la contención verbal.

Si el paciente responde a la intervención verbal, es posible realizar una impresión diagnóstica y podrá ofrecerse medicación oral que mitigue los síntomas. Por el contrario, si no responde adecuadamente a la entrevista, la agitación se mantiene o aumenta, será necesaria la utilización de medidas de contención más restrictivas como la contención/sedación farmacológica y/o la inmovilización mecánica (Escobar-Córdoba y Suárez-Beltrán, 2011).

### **5.1.2. Contención farmacológica.**

Cuando las medidas conductuales iniciales fracasan en el control del episodio del paciente agitado, se utilizan las medidas farmacológicas con el objetivo de aliviar la sintomatología y continuar, tras ello, con un tratamiento focalizado. La contención farmacológica conlleva riesgos intrínsecos de efectos adversos por lo que la indicación



está condicionada por el grado de agitación y sospecha diagnóstica (Bernal Pérez, Bustamante Pujadas, Hernández Ariza y Nieves Montero, 2013).

Por ello, es importante realizar un diagnóstico diferencial ya que la contención farmacológica puede variar si se trata de una agitación psíquica, orgánica o debida al consumo de tóxicos. A continuación en la Tabla 7 se muestran las características y particularidades de cada agitación en relación a la etiología de la misma, lo que permitirá una aproximación diagnóstica y por tanto, intervenciones farmacológicas focalizadas descartando otras que pudiesen perjudicar el estado del paciente.

**Tabla 7**

*Características de la agitación psicomotriz según su etiología*

<b>Tipo de factor</b>	<b>Orgánica/Inducida por Tóxicos</b>	<b>Psiquiátrica</b>
<b>Inicio</b>	Agudo.	Insidioso/Variable <sup>a</sup> .
<b>Curso en 24h</b>	Fluctuante (empeoramiento nocturno).	Estable.
<b>Hª Clínica</b>	Sin antecedentes psiquiátricos.	Antecedentes psiquiátricos.
<b>Síntomas</b>	Alteración de la conciencia, desorientación temporo-espacial, confusión mental, discurso incoherente y vociferante, dificultad en la marcha, inquietud, hostilidad, sudoración profusa, taquicardia, taquipnea, fiebre y temblor.	Mínima/Nula alteración de la conciencia, no suele existir desorientación temporo-espacial, discurso vociferante, verborreico o disgregado. Además, se suman síntomas característicos del tipo de patología psiquiátrica.
<b>Alucinaciones</b>	Visuales (signo característico de organicidad y/o toxicidad).	Auditivas o ausentes <sup>a</sup> .

*Notas:* <sup>a</sup> = depende de la patología o trastorno concreto (psicótica, no psicótica, reactiva...). Elaboración propia, 2017. Basada en “Agitación psicomotriz”, por García Álvarez, M. J. y Bugarín González, R., 2012, *Cadernos de atención primaria*, 18(4), 344.

Para la aplicación de la restricción química o contención farmacológica es necesario tener en cuenta además de la historia clínica, antecedentes y un diagnóstico inicial que la situación permita determinar; las características del fármaco a elegir (velocidad y duración de acción, efectos secundarios, interacciones, contraindicaciones...) (Escobar-

Córdoba y Suárez-Beltrán, 2011), por lo que es importante la continua valoración y evaluación del estado del paciente.

Cabe destacar que la vía de administración más recomendable es la vía oral, pero en la práctica del paciente agitado tanto esta vía como la intravenosa son difíciles de aplicar por las características de estas situaciones, por lo que se opta por la vía intramuscular la cual resulta más segura. Por otra parte será necesarias unas medidas de sostén (control de constantes vitales, mantenimiento de la vía aérea, si precisa, e hidratación, entre otras) (Téllez Lapeira et al., 2005).

A continuación se expone en la Tabla 8, las principales medidas farmacológicas que se utilizan ante agitaciones severas que requieren medicación diferenciando el tipo de fármaco según la etiología del episodio.

**Tabla 8**

*Principales fármacos utilizados en la agitación orgánica, tóxica y psiquiátrica.*

<b>Etiología</b>	<b>Fármacos</b>	<b>Observaciones</b>
<b>Orgánica</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Neurolépticos (Haloperidol®, Risperona)</li> <li>• Benzodiacepinas (Bromacepam, Lormetazepan)</li> <li>• Inhibidores acetilcolinesterasa</li> </ul>	<p>Los neurolépticos deben administrarse en dosis bajas.</p> <p>Las benzodiacepinas suelen evitarse excepto en la Demencia debido a los cuerpos de Lewy y cuadros comiciales.</p>
<b>Psiquiátrica</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Neurolépticos (Triaprizal®)</li> <li>• Benzodiacepinas u opiáceos</li> </ul>	<p>En agitaciones no psicóticas se suelen utilizar ansiolíticos benzodiacepínicos aislados y combinándolos con neurolépticos en las agitaciones psicóticas.</p>
<b>Tóxica</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Benzodiacepinas (levomepromacina)</li> <li>• Neurolépticos</li> </ul>	<p>Si la agitación es producida por estimulantes (cocaína, anfetamina...) la elección es benzodiacepinas. Si se trata de Delirium Tremens la elección es benzodiacepinas junto con neurolépticos y tiamina.</p>

*Notas:* Elaboración propia, 2017. Basada en “Guía de actuación en una guardia de medicina interna: Manejo de la agitación/ trastorno del sueño en planta”, por Fernández, S., 2009. Junta de Andalucía. Servicio de Medicina Interna. Intranet.

Escobar-Córdoba y Suárez-Beltrán (2011) refieren que la restricción química debe ser indicada por el facultativo responsable y supervisada continuamente por el personal especializado de enfermería que debe conocer dichas indicaciones, dosis, posibles efectos adversos y cómo tratarlos (Bernal Pérez et al., 2013). Es importante señalar que la pauta de tratamiento es variable y debe ser adaptada a cada paciente (edad, consumo de tóxicos, peso...) (Fernández et al., 2009).

Por último, si la restricción farmacológica fracasa o fuese imposible de realizar al existir riesgos secundarios al estado de agitación para el propio paciente, profesionales, terceros y/o entorno, se valora el paso a una contención mecánica que limite los movimientos del paciente con el objetivo de salvaguardar la seguridad y garantizar el estudio y cuidados adecuados del paciente en estado de agitación (Escobar-Córdoba y Suárez-Beltrán, 2011).

### **5.1.3. Contención mecánica.**

La restricción física o contención mecánica, como exponen Fernández et al. (2009), es una medida excepcional como último recurso cuando las intervenciones anteriores han fracasado, aunque en ocasiones puede ser la primera medida cuando se trata de una situación de agitación grave o con riesgo inminente.

La contención mecánica como un procedimiento que permite limitar los movimientos del paciente en estado de agitación severa mediante sistemas de inmovilización física (Téllez Lapeira et al., 2005).

Como procedimiento y acto sanitario, los profesionales deben conocer las indicaciones y contraindicaciones de esta intervención, expuestas a continuación en la Tabla 9, que supone implicaciones éticas y médico-legales y que por tanto, debe atenerse a las normas incluidas en el Código Civil, la Ley General de Sanidad y la Constitución Española. Las indicaciones de esta intervención tienen finalidad terapéutica y están sujetas a salvaguardar la seguridad del paciente y entorno.

**Tabla 9***Indicaciones y contraindicaciones de la contención mecánica*

Indicaciones	Contraindicaciones
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prevención de posibles lesiones involuntarias al propio paciente o terceros.</li> <li>• Evitar daños materiales al entorno.</li> <li>• Impedir la manipulación por el paciente de otras medidas aplicadas (sondas, vías...).</li> <li>• Instauración de medidas farmacológicas, cuidados...</li> <li>• Manifestaciones psicóticas, desinhibición en el control de los impulsos y/o efectos o abstinencia de sustancias.</li> <li>• Prevenir el riesgo de caídas.</li> <li>• Evitar fugas si existiese riesgo de la misma.</li> <li>• Cuando se pacta con el paciente con el objetivo de disminuir la conducta disruptiva.</li> <li>• Si el paciente lo solicita voluntariamente y el personal facultativo lo encuentra pertinente con criterios de aplicación.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inexistencia de la indicación pertinente.</li> <li>• Por orden expresa del facultativo de no contención mecánica.</li> <li>• Existencia de posibilidad de aplicación de otros abordajes (contención verbal y/o farmacológica).</li> <li>• En casos de encefalopatía y cuadros confusionales que puedan empeorar por disminuir la estimulación sensorial.</li> <li>• Utilizar la contención mecánica como castigo o pena.</li> <li>• Cuando la conducta violenta que se produzca sea voluntaria, es decir que no se justifique por una enfermedad sino por conducta delictiva en cuyo caso será competencia de las Fuerzas de Seguridad.</li> <li>• Como sustitutivo de la falta de personal, falta de descanso del mismo...</li> <li>• Inexistencia de un lugar y/o dispositivos adecuados para realizar la contención.</li> </ul>

*Notas:* Elaboración propia, 2017. Basada en “Agitación en paciente adulto hospitalizado. Plan de cuidados estandarizados”, por Bernal Pérez, F., Bustamante Pujadas, C., Hernández Ariza, M. C. y Nieves Montero, J., 2013, *RECIEN. Revista Científica de Enfermería*, 6, 7-8.

Este procedimiento se caracteriza por ser una medida terapéutica, que en la mayoría de los casos obliga a actuar en contra de la voluntad del paciente, y en un contexto frecuente de urgencia; de tal forma que durante y tras su procedimiento pueden existir

complicaciones que deben ser prevenidas y/o evitadas (compresión nerviosa, tromboembolismo pulmonar, broncoaspiraciones, asfixias, luxaciones...) (U.G.C. Medicina Interna, 2014). Además, debe tener una duración lo más breve posible y su aplicación debe desarrollarse en condiciones óptimas para el paciente (Escobar-Córdoba y Suárez-Beltrán, 2011).

La contención mecánica es definida por Téllez Lapeira et al. (2005) como una técnica de enfermería pero en la que todo el personal (entre cuatro y cinco profesionales) debe actuar en equipo para evitar daños innecesarios y garantizar la adecuada realización de la intervención, generalmente indicada por el médico responsable o por enfermería en ausencia del primero.

A continuación, en la Tabla 10, se expone por pautas el procedimiento a seguir para realizar la restricción física en la que la información al paciente es fundamental para hacer que reconozca la situación real, generar un cambio positivo en su actitud o conducta y favorecer su colaboración con el equipo sanitario.

**Tabla 10**

*Procedimiento por pautas de la contención mecánica*

<b>Pautas</b>	<b>Características</b>
<b>1- Determinar un plan específico</b>	Previamente a realizar la intervención, se planeará y asignará qué profesionales intervendrán (mínimo entre cuatro y cinco personas), cómo colaboraran en equipo y las instrucciones para realizar la contención.
<b>2- Informar al paciente</b>	Informar al paciente sobre el proceso al que se va a someter e indicar la finalidad terapéutica que posee. Será presentado un consentimiento informado verbal y una valoración de la capacidad de decisión del paciente.
<b>3- Colocación del personal</b>	El dirigente de la intervención (generalmente el facultativo o el enfermero) se situará sujetando y protegiendo la cabeza del paciente mientras que el resto de colaboradores sujetarán cada extremidad.

---

#### **4- Reducción del paciente**

Tras sujetar previamente y de manera estratégica al paciente, se reducirá colocándolo en decúbito prono generalmente sobre el suelo o elemento disponible (cama, camilla...). Si el paciente ha de ser trasladado (a la habitación, camilla, ambulancia...) se realizará sujetándole las piernas a la altura de las rodillas y por los brazos alrededor del codo con apoyo bajo los hombros.

#### **5- Colocación de las sujeciones**

Una vez reducido, el paciente se colocará en la cama/camilla en posición de decúbito supino y se sujetará mediante dos ataduras (miembro superior e inferior contralateral) o cinco ataduras (extremidades y cintura) según el grado de intensidad de la agitación. La cabeza debe estar ligeramente incorporada para evitar broncoaspiraciones y se debe evitar presión en el cuello y abdomen.

#### **6- Vigilancia del paciente**

Durante el tiempo que el paciente esté inmovilizado se deberá vigilar y evaluar la evolución de su estado, administrar el tratamiento necesario y llevar a cabo los cuidados de enfermería que la intervención requiera (toma de constantes vitales, administración de heparina, hidratación...)

---

*Notas:* Elaboración propia, 2017. Basada en “Manejo inicial del paciente agitado”, por Fernández Gallego, V., Murcia Pérez, E., Sinisterra Aquilino, J., Casal Angulo, C. y Gómez Estarlich, M., 2009, *Emergencias*, 21, 125-127.

La contención mecánica supone un riesgo para el paciente y una pequeña probabilidad de que aumente la ansiedad y agitación del mismo, sobre todo inicialmente, por ello no se debe plantear como una medida definitiva aunque lo habitual es que el paciente se tranquilice tras su inmovilización (Téllez et al., 2005).

Cuando se procede a la retirada de la inmovilización física se debe realizar progresivamente, liberando alternativamente las extremidades en intervalos de treinta minutos (evitando tromboembolismos) y observando la respuesta del paciente. Por otra

parte, el paciente no deberá quedar sujeto por un solo miembro ya que existe riesgo de lesión. Por último, tras la retirada de la contención mecánica, se deberá registrar el motivo de su realización, duración, incidencias y fecha de suspensión entre otros aspectos (U.G.C. Medicina Interna, 2014).

#### **5.1.4. Derivación del paciente.**

Téllez et al. (2005) establecen que tras un control inicial del estado de agitación del paciente y teniendo en cuenta la historia clínica, situación socio-familiar así como un primer posible diagnóstico, el paciente será derivado a determinados dispositivos sanitarios en función de la etiología de la agitación:

- La agitación de origen orgánico generalmente va a requerir derivación del paciente al servicio de urgencias para determinar la patología causal y su tratamiento etiológico.
- La agitación psiquiátrica de origen psicótico puede conllevar traslado e ingreso involuntario del paciente en Salud Mental, aunque este caso debe valorarse de forma individual y objetiva ya que está subordinado a preceptos legales (Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil. Artículo 763. Internamiento no voluntario por razón de trastorno psíquico, 2000).
- La agitación originada por una situación estresante y/o ansiosa suele permitir la remisión del paciente a su domicilio y seguimiento en Atención Primaria, consultas de Salud Mental y/o recursos socio-sanitarios.
- Cuando se trata de una agitación de origen tóxico hay varias posibilidades; ingreso de urgencia en el hospital, remisión a Atención Primaria, centros de drogodependencia, recursos de Salud Mental...

El abordaje del paciente agitado y la realización de las intervenciones descritas pueden ocasionar conflictos en el personal sanitario relacionados con la falta de formación/entrenamiento necesario en la práctica de estos procedimientos por lo que la aplicación de un plan de formación continuada relativo a esta situación de urgencia conllevaría una actualización periódica de los conocimientos, intervenciones y actuaciones a realizar por los profesionales.

Para finalizar es importante destacar que para lograr un control óptimo del estado del paciente se deben evitar riesgos médico-legales puesto que determinadas medidas

restrictivas suponen una vulneración de los derechos fundamentales del paciente y precisan del conocimiento y respeto estricto de los preceptos médico-legales por parte de los facultativos y demás profesionales implicados en su aplicación.

## **5.2. Análisis de la normativa vigente en materia de seguridad del paciente cuando se produce un episodio de agitación psicomotriz.**

La seguridad del paciente se considera una prioridad en la asistencia sanitaria, actividad cada vez más compleja, que entraña riesgos potenciales y en la que no existe un sistema capaz de garantizar la ausencia de eventos adversos, ya que se trata de una actividad en la que se combinan factores inherentes al sistema con actuaciones humanas (Agencia de Calidad. Oficina de Planificación Sanitaria. Calidad y Evaluación Sanitaria. Taller de Expertos, 2005).

La seguridad del paciente agitado es el objetivo primordial que debe alcanzarse cuando se lleva a cabo cualquier tipo de intervención para remitir la situación. En este contexto, pueden llegar a ser necesarias técnicas de contención, las cuales poseen finalidad terapéutica, sin embargo, afectan potencialmente a los derechos del paciente (Gómez-Durán, Guija y Ortega-Monasterio, 2014).

A pesar de no haber podido hallar, entre las diferentes propuestas, planes estratégicos, recomendaciones de expertos y otros textos sobre la seguridad del paciente, una estrategia concreta y específica centrada en todos los aspectos que conciernen a la seguridad del paciente con agitación psicomotriz, sí está presente un marco legal en relación con las medidas coercitivas o de contención que se llevan a cabo como terapéutica en la atención al paciente agitado.

Este marco normativo está dirigido a la contención farmacológica y mecánica debido a los riesgos para el paciente y profesionales que estas albergan y por ser, además, las medidas que potencialmente llegan a vulnerar los derechos de autonomía, beneficencia y dignidad del paciente al limitar su libertad (Parra Parra, 2013).

A continuación, en la Tabla 11, queda recogida la legislación, tanto a nivel internacional como nacional (España, ver Anexo 1) bajo la cual se aplican las medidas de contención en la atención al paciente agitado. A nivel internacional dicha legislación ha recibido una amplia atención con frecuentes modificaciones promovidas por procesos resueltos



por el Tribunal Europeo de Derechos Humanos (ECHR) y por el Comité Europeo para la Prevención de la Tortura y de las Penas o Tratos Inhumanos o Degradantes (CPT). A nivel nacional, la aplicación de estas medidas está subordinada a varios artículos, algunos de los cuales integrados en la Constitución Española y Ley General de Sanidad.

**Tabla 11**

*Marco normativo vigente internacional y nacional sobre la utilización de medidas de contención*

<b>Internacional</b>	<b>Nacional (España)</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Declaración Universal de los Derechos Humanos</b> (Artículo 1)</li> <li>• <b>Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina.</b> (Artículo 1)</li> <li>• <b>Resolución 46/119, de 17 de diciembre de 1991 de la Asamblea General de Naciones Unidas, sobre la protección de los enfermos mentales y la mejora de la atención de la Salud Mental.</b> (Principio 11.1)</li> <li>• <b>Recomendaciones del Consejo de Europa sobre psiquiatría y derechos humanos.</b> (Recomendación 1235(1994))</li> <li>• <b>Libro Blanco (2000) del Consejo de Europa sobre protección de los derechos y la dignidad de las personas que sufran trastornos mentales, especialmente aquellos ingresados involuntariamente en un establecimiento psiquiátrico.</b></li> <li>• <b>Recomendaciones del Consejo de Europa sobre la protección de los derechos humanos y la dignidad de las personas con</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Constitución Española de 1978.</b> (Artículos 1.1, 10.1, 15, 17.1, 18.1)</li> <li>• <b>Ley General de Sanidad de 1986.</b> (Artículo 10.1)</li> <li>• <b>Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil.</b> (Artículo 763)</li> <li>• <b>Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.</b> (Artículos 8 y 9)</li> <li>• <b>Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia.</b> (Artículo 4)</li> </ul>

*Notas:* Elaboración propia, 2017. Adaptada de “Aspectos medicolegales de la contención física y farmacológica”, por Gómez-Durán, E. L., Guija, J. A. y Ortega-Monasterio, L., 2014, *Medicina Clínica*, 142(Supl 2), 27.

Parra Parra (2003) cita textualmente que el conocimiento de la legalidad vigente, de los problemas legales y los imperativos éticos que rigen nuestra práctica asistencial (sobre todo en situaciones de urgencia), es imprescindible para todos los profesionales.

Del mismo modo, es importante revisar y mantener actualizados los aspectos legales más destacados en situaciones de urgencias psiquiátricas que requieren medidas de contención ya que no son infrecuentes y pueden presentarse en cualquier contexto sanitario.

En un episodio de agitación psicomotriz en el que son requeridas técnicas de restricción farmacológica y/o física tras el fracaso de las medidas iniciales, concurren, como se expone de forma resumida en la Tabla 12, varias circunstancias fundamentales donde las actuaciones de los profesionales deben ser valoradas desde un punto de vista ético-legal puesto que, en esta situación de urgencia, se aplica un plan terapéutico normalmente sin contar con el consentimiento del usuario, ya que comporta la privación temporal de la libertad del paciente al limitar sus movimientos mediante la contención (farmacológica y/o mecánica), y la situación puede llegar a derivarse hacia un ingreso involuntario de la persona.

**Tabla 12**

*Escenarios médico-legales en la aplicación de contenciones en España*

Situación	Actuación
<b>1. Privación temporal de la libertad del paciente por aplicación inmediata y de urgencia de contención farmacológica y/o física.</b>	Toda inmovilización que suponga la privación de la libertad del paciente (y sobre todo las de larga duración) deben ser puestas en conocimiento del juez por parte del facultativo en un plazo máximo de 24 horas. El juez decidirá aceptar o revocar la indicación.
<b>2. Acción terapéutica sin el consentimiento del paciente.</b>	Las medidas terapéuticas que se vayan a aplicar deben ser informadas al paciente previamente, si es posible, y durante el tiempo que se mantenga la misma. Si el paciente, a criterio

	<p>médico, carece de la capacidad para entender la información a causa de su estado físico o psíquico, se informará a familiares o representantes legales y en ausencia de ambos, el profesional adoptará las medidas acordes a la Lex Artis.</p>
<p><b>3. Ingreso (voluntario) y consentimiento del paciente para la contención.</b></p>	<p>Si el ingreso en el centro sanitario es voluntario y la necesidad de contención indicada por criterio médico es aceptada por el paciente, este debe firmar el Formulario de Consentimiento que será puesto a disposición del juez. El paciente puede revocar por escrito dicho consentimiento y entonces se debe valorar nuevamente la situación y la indicación de contención.</p>
<p><b>4. Ingreso (voluntario) y ausencia del consentimiento del paciente para la contención.</b></p>	<p>El ingreso voluntario del paciente puede volverse involuntario debido a su negativa ante la medida de contención por lo que en este caso se cambiará el tipo de ingreso documentándolo en el formulario correspondiente, emitiendo parte del mismo al juzgado en un plazo de 24h, informando al paciente y obteniendo el consentimiento de familiares y/o la actuación directa del facultativo. No obstante hay dos situaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Si el paciente está capacitado para la toma de decisiones y niega su consentimiento a la contención, se valorarán alternativas, el traslado a otro centro o la alta voluntaria.</li> <li>- Si el paciente no está capacitado para la toma de decisiones, el consentimiento se obtendrá de familiares o representantes legales o por actuación directa del facultativo.</li> </ul>
<p><b>5. Ingreso involuntario (por razón de trastorno psíquico).</b></p>	<p>Si la no aceptación de la medida se acompaña de la negativa al ingreso y resulta preciso el internamiento involuntario del paciente por razón de trastorno psíquico, deberá procederse conforme a lo establecido en el artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, con comunicación al juzgado competente en el plazo de 24 h, a la espera de la ratificación de la medida. El auto de ratificación del internamiento generalmente comprende la utilización de las medidas que resulten necesarias para el tratamiento del paciente.</p>

*Notas:* Elaboración propia, 2017. Basada en “Aspectos medicolegales de la contención física y farmacológica”, por Gómez-Durán, E. L., Guija, J. A. y Ortega-Monasterio, L., 2014, *Medicina Clínica*, 142(Supl 2), 25-27 y en “Problemas éticos en la práctica de la contención mecánica ante un paciente con agitación. En XIV Congreso Virtual de Psiquiatría.com del 1 al 28 de febrero de 2013”, por Parra, Parra, Y.

Como se ha mencionado anteriormente, toda medida terapéutica debe ser informada al paciente y requiere del consentimiento del mismo o, si no es posible, de los vinculados a él (familiares y/o representantes legales). No obstante y basando la situación en el artículo 9; límites del consentimiento informado y consentimiento por representación de la Ley de Autonomía del paciente (Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de los derechos y deberes de en materia de información y documentación clínica, 2002), en situación de urgencia, los profesionales llevarán a cabo las intervenciones clínicas indispensables a favor de la salud del paciente, sin necesidad de contar con su consentimiento cuando no sea posible lograr su autorización, por riesgo inmediato grave para su integridad física o psíquica. Sin embargo, siempre se recomienda la valoración interdisciplinar de la situación y de la medida.

En cualquier caso, debe quedar constancia en la historia clínica de las circunstancias que han justificado tanto la adopción de la medida de contención como su mantenimiento en el tiempo, incluyéndose otros documentos de importancia (consentimiento informado, formulario de contención mecánica, hoja de seguimiento y evolución del paciente...). Gómez-Durán, Guija y Ortega-Monasterio (2014) determinan literalmente que la historia clínica constituye el testimonio más objetivo de la actuación realizada y se convierte en una prueba material preconstituida de primer orden en cualquier proceso judicial por responsabilidad médica.

Por último, cabe volver a mencionar que todas las medidas aplicadas e intervenciones realizadas con el fin de remitir la agitación de un paciente deben, en la medida de lo posible, preservar sus derechos fundamentales y a la vez, garantizar su integridad física y moral.

Tras instaurar las medidas iniciales y secundarias necesarias para aminorar el estado de agitación, se debe atender las necesidades que esta situación clínica genera en el paciente mediante una valoración continuada y el establecimiento de un plan de cuidados individualizados, competencias propias de la enfermería y que buscan el restablecimiento del estado de salud del paciente.

### **5.3. Descripción de los cuidados enfermeros en la agitación psicomotriz e identificación de las etiquetas NANDA, NIC y NOC compatibles con dichos cuidados.**

#### **5.3.1. Cuidados generales de enfermería en el paciente agitado.**

El papel de enfermería en la atención y asistencia inmediata al paciente agitado consiste en reducir la ansiedad del enfermo, disminuir los estímulos exteriores que puedan alterar el estado de agitación, evaluar cualquier riesgo de agresión, proporcionar un ambiente terapéutico seguro salvaguardando la seguridad del paciente, profesionales y terceros, y colaborar con el resto de profesionales en la realización de las medidas ambientales y verbales así como en las de contención si son necesarias (Negro González y García Manso, 2004).

Una vez que la agitación ha sido moderada, la enfermería tiene por competencias, tal y como se expone en el Libro Blanco Título de Grado de Enfermería (ANECA, 2004), la capacidad para emprender valoraciones, para reconocer e interpretar signos normales o cambiantes de salud-mala salud y la capacidad para responder a las necesidades del paciente, es decir, la enfermería tiene por competencia responsabilizarse de los cuidados del paciente agitado y orientarlos a prevenir posibles efectos adversos y a la recuperación del estado de salud del enfermo.

El equipo de enfermería se encargará de la observación y seguimiento del paciente realizando, como se expone a continuación en la Tabla 13, unos cuidados generales (valoración integral, monitorización y toma de constantes vitales, cuidados del encamamiento, cuidados de la contención mecánica....) y conjuntamente, se establecerá un plan de cuidados individualizados con el fin de conseguir la adecuada recuperación del paciente asegurando su integridad física y psicológica.

**Tabla 13***Cuidados generales de enfermería en pacientes con agitación psicomotriz*

<b>Cuidados</b>	<b>Características</b>
<b>Aislamiento terapéutico</b>	<p>Para prevenir daños inminentes al propio paciente, profesionales, terceros y entorno así como para disminuir la estimulación que recibe el paciente, se le suele asignar una habitación de aislamiento cercana al puesto de enfermería para un control directo, procurando que no tenga acompañante hasta que disminuya o se elimine el riesgo de daño. Todo el material que pueda ser necesario (medicación, sujeciones fijadas a la cama...) estará preparado en la habitación.</p>
<b>Valoración integral y examen neurológico</b>	<p>Se realizará una valoración de enfermería siguiendo el modelo determinado por cada centro pero valorando las necesidades completas del paciente (respiración y circulación, alimentación, eliminación, movilización, descanso, higiene, seguridad, comunicación y/o relaciones y aprendizaje y/o tolerancia al estrés).</p> <p>Se realizará un examen neurológico completo con especial interés en la determinación del nivel de conciencia y de agitación (escala Glasgow, escala Richmond de agitación-sedación...).</p>
<b>Monitorización de los signos vitales del paciente y cuidados de la contención.</b>	<p>El estado de salud del paciente debe ser valorado continuamente por lo que la toma de las constantes vitales (T.A., F.C., F.R., SatO<sub>2</sub>, Temperatura corporal....) es fundamental y éstas serán registradas al menos cada ocho horas aunque cada hora sería conveniente si la crisis es grave.</p> <p>Si el paciente ha sido contenido (farmacológica o mecánicamente) es primordial:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– La correcta hidratación (sobre todo si se ha requerido sedación)</li> <li>– Una adecuada postura del paciente (evitar UPP con cambios posturales, anticoagulantes si la contención es prolongada...)</li> <li>– Vigilar y prevenir posibles lesiones en las áreas cutáneas sujetas e ir aflojando las sujeciones.</li> <li>– Mantener una temperatura ambiental adecuada.</li> </ul> <p>No obstante, el paciente deberá tener unos cuidados focalizados para suplir todas sus necesidades.</p>

---

**Acompañamiento familiar**

Si la situación clínica permite anular el aislamiento, el paciente podrá estar acompañado por un familiar. No obstante el acompañamiento familiar, sobre todo si el paciente está sujeto, puede ser contraindicado y la indicación al respecto se hará tras una valoración conjunta entre el facultativo y el equipo de enfermería, contemplando todas las variables e informando posteriormente al paciente y la familia.

**Registro**

El equipo de enfermería deberá registrar todas las actuaciones y procedimientos que se llevan a cabo en el paciente complementando así su historia clínica.

---

*Notas:* T.A.= Tensión Arterial; F.C.= Frecuencia Cardíaca; F.R.= Frecuencia Respiratoria; SatO2=Saturación de Oxígeno. Elaboración propia, 2017. Basada en “*Protocolo de contención mecánica*”, por Grupo de trabajo sobre mejora del medio ambiente terapéutico., 2010, Sevilla, España: Programa de Salud Mental. Servicio Andaluz de Salud y Área de Dirección de Gestión Sanitaria de la Escuela Andaluza de Salud Pública.

### **5.3.2. Revisión de las etiquetas NANDA, NIC y NOC compatibles con planes de cuidados para pacientes con agitación psicomotriz.**

Una vez que se ha evaluado la situación clínica y se han llevado a cabo las valoraciones y exámenes complementarios, el equipo de enfermería debe proceder estableciendo un plan de cuidados individualizados que, junto al tratamiento etiológico indicado por el facultativo tras conocer la causa real de la agitación (etiología orgánica, psiquiátrica y/o tóxica), permita al paciente adquirir un estado de salud adecuado. Para establecer unos cuidados individualizados, es necesario, en primer lugar, asignar unos diagnósticos enfermeros junto con los objetivos e intervenciones correspondientes puesto que será el equipo de enfermería el que centre su trabajo profesional en los cuidados del paciente agitado.

A continuación en la Tabla 14, se expone una propuesta de los cinco diagnósticos, enfermeros más frecuentes y compatibles para la agitación psicomotriz, basada en una revisión bibliográfica de las etiquetas NANDA (diagnósticos de enfermería), NIC (intervenciones enfermeras) y NOC (objetivos de enfermería) realizada a partir de la herramienta web NNNConsult de Elsevier, la cual obtiene la información de las actualizaciones de los siguientes textos: “*Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación 2015-2017*” (NANDA Internacional, Herdman y Kamitsuru, 2015); “*Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)*” (Bulechek, Butcher,

Dochterman y Wagner, 2014); “Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). Medición de Resultados en Salud” (Moorhead, Johnson, Maas y Swanson, 2014) y “Vínculos de NOC y NIC a NANDA-I y diagnósticos” (Johnson et al., 2012). También se ha utilizado para este registro de etiquetas enfermeras la información contenida en los documentos “Protocolo de contención mecánica” (Grupo de trabajo sobre mejora del medio ambiente terapéutico, 2010) y “Abordaje y cuidados del paciente agitado. Documento de consenso” (Megías-Lizancos et al., 2016).

Los diagnósticos enfermeros que se exponen a continuación están enfocados en el paciente adulto con agitación psicomotriz independientemente de la etiología de la misma (orgánica, psiquiátrica y/o tóxica), por lo que no se trata de una revisión de etiquetas diagnósticas realizada específicamente para el área de salud mental o el área de gerontología, sino que está planteada con carácter global ya que la agitación, como se ha mencionado anteriormente, puede darse en diferentes contextos sanitarios. El objetivo perseguido es mostrar los diagnósticos enfermeros más compatibles con la agitación psicomotriz para favorecer y apoyar a los profesionales de enfermería en la creación de planes de cuidados individualizados para pacientes en esta situación clínica cuyos objetivos e intervenciones estén encaminadas a revertir el episodio de agitación cubriendo las necesidades del paciente para alcanzar la buena salud del mismo.

**Tabla 14**

*Registro de etiquetas NANDA, NIC y NOC compatibles con planes de cuidados para pacientes con agitación psicomotriz.*

<b>NANDA: [00128] Confusión Aguda</b>	
Relacionado con (r/c):	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Delirio</li> <li>– Abuso de sustancias</li> <li>– Demencia</li> </ul>
Manifestado por (m/p)	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Agitación</li> <li>– Alteración de la función cognitiva</li> <li>– Alteración de la función psicomotora</li> <li>– Alucinaciones</li> </ul>
NOC (Objetivos)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• [0916] Nivel de delirio. Indicadores: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ (91616) Agitación</li> <li>○ (91612) Verbalizaciones sin sentido</li> </ul> </li> <li>• [1214] Nivel de agitación. Indicadores:</li> </ul>



	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ (121401) Dificultad para procesar la información</li> <li>○ (121402) Inquietud</li> <li>○ (121404) Irritabilidad</li> <li>○ (121409) Se resiste a la ayuda</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• [0900] Cognición. Indicadores: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ (90003) Atiende (Valorar mediante escala numeral desde gravemente comprometido hasta no comprometido)</li> <li>○ (90005) Está orientado (Valorar mediante escala)</li> <li>○ (90009) Procesa la información (Valorar mediante escala)</li> </ul> </li> </ul>
NIC (Intervenciones)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• [6510] Manejo de las alucinaciones</li> <li>• [6440] Manejo del delirio</li> <li>• [6450] Manejo de las ideas delirantes</li> <li>• [2380] Manejo de la medicación</li> <li>• [4510] Tratamiento por el consumo de sustancias nocivas</li> <li>• [6486] Manejo ambiental: seguridad</li> </ul> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Fomentar una relación de confianza a la vez que se establecen límites claros.</li> <li>○ Establecer una relación interpersonal de confianza con el paciente.</li> <li>○ Mantener un ambiente de seguridad.</li> <li>○ Proporcionar el nivel de vigilancia/supervisión adecuado para controlar al paciente.</li> <li>○ Proporcionar información al paciente sobre lo que sucede y lo que puede esperar que suceda en el futuro.</li> <li>○ Retirar los estímulos, cuando sea posible, que creen una estimulación sensorial excesiva.</li> <li>○ Utilizar sujeciones físicas, si es necesario.</li> <li>○ Determinar cuáles son los fármacos necesarios y administrarlos de acuerdo con la autorización para prescribirlos y/o el protocolo.</li> </ul>

---

#### **NANDA: [00146] Ansiedad**

---

Relacionado con (r/c)	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Factores estresantes</li> <li>– Crisis situacional</li> </ul>
Manifestado por (m/p)	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Inquietud</li> <li>– Angustia</li> <li>– Sobreexcitación</li> <li>– Hipervigilancia</li> </ul>
NOC (objetivos)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• [1211] Nivel de ansiedad. Indicadores: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ (121108) Irritabilidad (valorar mediante escala numeral desde grave hasta ninguno)</li> <li>○ (121112) Dificultades para la concentración (valorar mediante escala)</li> </ul> </li> </ul>

---

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• [1402] Autocontrol de la ansiedad. Indicadores: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ (140216) Ausencia de manifestaciones de una conducta de ansiedad (valorar mediante escala numeral desde nunca a siempre)</li> <li>○ (140217) Controla la respuesta de ansiedad (valorar mediante escala)</li> </ul> </li> <li>• [1302] Afrontamiento de problemas. Indicadores: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ (130204) Refiere disminución de estrés (valorar mediante escala)</li> <li>○ (130217) Refiere disminución de los sentimientos negativos (valorar mediante escala)</li> </ul> </li> </ul>
NIC (Intervenciones)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• [5820] Disminución de la ansiedad</li> <li>• [5230] Mejorar el afrontamiento</li> <li>• [5270] Apoyo emocional</li> </ul> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Explicar todos los procedimientos, incluidas las posibles sensaciones que se han de experimentar durante el procedimiento.</li> <li>○ Identificar los cambios en el nivel de ansiedad.</li> <li>○ Instruir al paciente sobre el uso de técnicas de relajación.</li> <li>○ Ayudar al paciente a desarrollar una valoración objetiva del acontecimiento.</li> <li>○ Disminuir los estímulos del ambiente que podrían ser malinterpretados como amenazadores.</li> <li>○ Estimular la implicación familiar, según corresponda.</li> <li>○ Evaluar la capacidad del paciente para tomar decisiones.</li> <li>○ Administrar medicamentos que reduzcan la ansiedad.</li> <li>○ Comentar la experiencia emocional con el paciente.</li> <li>○ Proporcionar ayuda en la toma de decisiones.</li> </ul>
<b>NANDA:[00138] Riesgo de violencia dirigida a otros</b>	
Relacionado con (r/c)	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Alteración de la función cognitiva</li> <li>– Deterioro neurológico</li> <li>– Trastorno psicótico</li> <li>– Patrón de amenaza de violencia</li> <li>– Patrón de violencia dirigida a otros</li> <li>– Patrón de violencia indirecta (arrancar objetos, tirar objetos...)</li> </ul>
NOC (Objetivos)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• [1401] Autocontrol de la agresión. Indicadores: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ (140101) Se abstiene de arrebatos verbales (valorar mediante escala numérica desde nunca hasta siempre demostrado)</li> <li>○ (140104) Se abstiene de dañar a los demás (valorar mediante escala)</li> <li>○ (140119) Mantiene el autocontrol sin supervisión (valorar mediante escala)</li> </ul> </li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• [1405] Autocontrol de los impulsos. Indicadores:             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ (140502) Identifica sentimientos que conducen a acciones impulsivas (valorar mediante escala numérica desde nunca hasta siempre demostrado)</li> <li>○ (140504) Identifica consecuencias de las acciones impulsivas propias a los demás (valorar mediante escala)</li> <li>○ (140512) Confirma el acuerdo para el control de la conducta (valorar mediante escala)</li> </ul> </li> <li>• [1403] Autocontrol del pensamiento distorsionado. Indicadores:             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ (140301) Reconoce que tiene alucinaciones o ideas delirantes impulsivas (valorar mediante escala numérica desde nunca hasta siempre demostrado)</li> <li>○ (140309) Interacciona con los demás de forma apropiada (valorar mediante escala)</li> <li>○ (140312) Expone pensamiento basado en la realidad (valorar mediante escala)</li> </ul> </li> </ul>
NIC (Intervenciones)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• [4370] Entrenamiento para controlar los impulsos</li> <li>• [6487] Manejo ambiental: prevención de la violencia</li> <li>• [5330] Control del estado de ánimo</li> <li>• [4350] Manejo de la conducta</li> <li>• [5380] Potenciación de la seguridad</li> </ul> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Determinar si el paciente supone un riesgo para la seguridad de sí mismo y de los demás.</li> <li>○ Disponer un ambiente no amenazador.</li> <li>○ Mostrar calma.</li> <li>○ Considerar la posibilidad de hospitalización del paciente con alteraciones del estado de ánimo que plantea riesgos para la seguridad, que es incapaz de satisfacer las necesidades de autocuidados y/o carece de apoyo social.</li> <li>○ Poner en práctica las precauciones necesarias para salvaguardar al paciente y a los que le rodean del riesgo de daños físicos.</li> </ul>
<b>NANDA: [00035] Riesgo de lesión</b>	
Relacionado con (r/c)	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Alteración de la función cognitiva</li> <li>– Alteración del funcionamiento psicomotor</li> <li>– Alteración sensorial</li> </ul>
NOC (Objetivos)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• [1911] Conductas de seguridad personal. Indicadores:             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ (191107) Utiliza dispositivos de ayuda correctamente (valorar mediante escala numérica desde nunca hasta siempre demostrado)</li> <li>○ (191129) Sigue las precauciones de la medicación (valorar mediante escala)</li> </ul> </li> <li>• [1902] Control del riesgo. Indicadores:</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ (190201) Reconoce los factores de riesgo personales (valorar mediante escala numérica desde nunca hasta siempre demostrado)</li> <li>○ (190202) Controla los factores de riesgo ambientales (valorar mediante escala)</li> <li>○ (190203) Controla los factores de riesgo personales (valorar mediante escala)</li> <li>○ (190207) Sigue las estrategias de control del riesgo seleccionadas (valorar mediante escala)</li> </ul>
NIC (Intervenciones)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• [6610] Identificación de riesgos.</li> <li>• [6580] Sujeción física</li> <li>• [3500] Manejo de presiones</li> <li>• [6650] Vigilancia</li> </ul> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Revisar los antecedentes médicos y los documentos previos para determinar las evidencias de los diagnósticos médicos y de cuidados actuales o anteriores.</li> <li>○ Girar al paciente inmovilizado al menos cada 2 horas, de acuerdo con un programa específico.</li> <li>○ Comprobar la movilidad y actividad del paciente.</li> <li>○ Vigilar la respuesta del paciente al procedimiento (contención).</li> <li>○ Ayudar en las necesidades relacionadas con la nutrición, evacuación, hidratación e higiene personal.</li> <li>○ Retirar gradualmente las sujeciones (una cada vez si las sujeciones son en cuatro puntos), a medida que aumente el autocontrol.</li> </ul>
<b>NANDA: [00155] Riesgo de caídas</b>	
Relacionado con (r/c)	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Uso de sujeciones</li> <li>– Alteración de la función cognitiva</li> <li>– Agentes farmacológicos</li> </ul>
NOC (Objetivos)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• [1912] Caídas. Indicadores: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ (191201) Caídas en bipedestación (valorar mediante escala desde mayor de 10 hasta ninguna)</li> <li>○ (191204) Caídas de la cama (valorar mediante escala)</li> </ul> </li> </ul>
NIC (Intervenciones)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• [6490] Prevención de caídas</li> <li>• [6420] Restricción de zonas de movimiento</li> <li>• [4720] Estimulación cognitiva</li> <li>• [6650] Vigilancia</li> </ul> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Identificar déficits cognitivos o físicos del paciente que puedan aumentar la posibilidad de caídas en un ambiente dado.</li> <li>○ Utilizar dispositivos y medidas de protección (barandillas laterales, sujeciones...).</li> </ul>

- Ayudar al paciente a modificar el comportamiento inadecuado, cuando sea posible.
- Proporcionar bienestar psicológico y seguridad al paciente.
- Orientar con respecto al tiempo, lugar y persona.
- Controlar el estado emocional.

*Notas:* Elaboración propia, 2017. Basada en “*Protocolo de contención mecánica*”, por Grupo de trabajo sobre mejora del medio ambiente terapéutico., 2010, Sevilla, España: Programa de Salud Mental. Servicio Andaluz de Salud y Área de Dirección de Gestión Sanitaria de la Escuela Andaluza de Salud Pública. Basada, además, en “Abordaje y cuidados del paciente agitado. Documento de consenso”, por Megías-Lizancos, F., Vila Gimeno, C., Carretero Román, J., Rodríguez Monge, M. A., Salas Rubio, J.M., Sánchez Alfonso, J. y Silva García, M. C. (Eds.), 2016, Asociación Nacional de Enfermería de Salud Mental (ANESM), Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias (SEEUE), *Revista española de Enfermería de Salud Mental*, 1(supl. 1), 5-6. También se han utilizado las taxonomías NANDA, NIC y NOC a partir de la herramienta creada por Elsevier España, NNNConsult, que integra las últimas actualizaciones de los siguientes títulos publicados por Elsevier: “*Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación*”; “*Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)*”; “*Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC)*” y “*Vínculos de NOC y NIC a NANDA-I y diagnósticos*”.

Estos cinco diagnósticos enfermeros han sido considerados como los más asequibles para un cuadro de agitación, pero no por ello, como se muestra seguidamente en la Tabla 15, los únicos posibles. A continuación se exponen otros posibles diagnósticos enfermeros así como diferentes objetivos e intervenciones que son compatibles con la agitación psicomotriz.

**Tabla 15**

*Otros posibles diagnósticos, intervenciones y objetivos enfermeros compatibles para el paciente agitado.*

NANDA (diagnósticos)	NOC (objetivos)	NIC (intervenciones)
1. [00222] Control de impulsos ineficaz.	1. [1204] Equilibrio emocional.	1. [4920] Escucha activa.
2. [00069] Afrontamiento ineficaz.	2. [1302] Afrontamiento de problemas.	2. [4380] Establecer límites.
3. [00214] Disconfort	3. [1608] Control de síntomas.	3. [4360] Modificación de la conducta.
4. [00038] Riesgo de traumatismo.	4. [1601] Conducta de cumplimiento.	4. [5390] Potenciación de la autoconciencia.
5. [00225] Riesgo de trastorno de la identidad personal.	5. [1212] Nivel de estrés.	5. [5340] Presencia.

*Notas:* Elaboración propia, 2017. Basada en “Abordaje y cuidados del paciente agitado. Documento de consenso”, por Megías-Lizancos, F., Vila Gimeno, C., Carretero Román, J., Rodríguez Monge, M. A., Salas Rubio, J.M., Sánchez Alfonso, J. y Silva García, M. C. (Eds.), 2016, Asociación Nacional de Enfermería de Salud Mental (ANESM), Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias (SEEUE), *Revista española de Enfermería de Salud Mental*, 1(supl. 1), 5-6.

Mediante esta revisión de etiquetas NANDA, NIC y NOC se ha podido observar que posibles y factibles diagnósticos enfermeros compatibles con la agitación psicomotriz como son << (00122) *Trastorno de la percepción sensorial*>> y << (00130) *Trastorno de los procesos del pensamiento*>> han sido eliminados puesto que la herramienta NNNConsult actualiza su base de datos coincidiendo con la publicación de nuevas ediciones de NANDA, NOC y NIC. Por otro lado, en la revisión de diversos planes de cuidados y en concreto, de los documentos utilizados para la creación de esta revisión de etiquetas diagnósticas, se expone el diagnóstico << (00140) *Riesgo de violencia autodirigida* >> como etiqueta diagnóstica posible para un caso de agitación. Sin embargo, no se ha incluido en este registro de diagnósticos enfermeros debido a que la violencia que ejerce el individuo agitado sobre sí mismo es involuntaria causada por el propio cuadro sindrómico (movimientos desproporcionados y desorganizados que pueden ocasionar que el paciente se dañe a sí mismo) por lo que este diagnóstico, más cercano a individuos con conducta suicida o trastorno psicótico, ha sido sustituido en esta revisión por aquellas etiquetas más similares a daños propios involuntarios como son << (00035) *Riesgo de lesión* >> y/o << (00155) *Riesgo de caídas* >>.

Con esta orientación hacia los cuidados generales que deben ser instaurados por el equipo de enfermería en pacientes agitados, se pretende proyectar unas recomendaciones básicas y guiar al personal de enfermería en la atención y asistencia de estos pacientes. Por otra parte, se busca cumplir con el objeto de promover una adecuada estandarización de los cuidados enfermeros al paciente agitado.

El reconocimiento de las necesidades y problemas del paciente agitado y el establecimiento de unos cuidados de enfermería estandarizados son de gran beneficio para la correcta práctica clínica, el mantenimiento de la seguridad del paciente, profesionales y entorno y el dinamismo del equipo multidisciplinar.

## 6. CONCLUSIONES

Con este trabajo se ha pretendido recopilar y actualizar los conocimientos teórico-prácticos en relación a las intervenciones sanitarias y cuidados enfermeros llevados a cabo en episodios de agitación. Con ello, se han cumplido los objetivos propuestos para esta revisión de la evidencia científica y se constituyen las siguientes conclusiones al respecto:

**Primera Conclusión:** La agitación psicomotriz, considerada una urgencia psiquiátrica por su carácter disruptivo y necesidad de asistencia inmediata, suele relacionarse directamente con unidades de Salud Mental y/o Urgencias, sin embargo puede presentarse en cualquier contexto sanitario por lo que sería de gran interés y ayuda la introducción de un plan de formación continuada, enfocado en este cuadro sindrómico, entre los objetivos de cada Hospital o Unidad de Gestión Clínica, que permita a los diferentes profesionales sanitarios actualizar y fortalecer sus conocimientos teórico-prácticos y desempeñar con éxito sus propias competencias ante esta delicada situación.

**Segunda Conclusión:** El objetivo principal durante la asistencia a una enfermo con agitación psicomotriz es salvaguardar la seguridad del paciente, profesionales y entorno ya se trate de una inquietud psicomotora o de una grave crisis por lo que, aunque las intervenciones empleadas en el ámbito sanitario para abordar la agitación psicomotriz se encuentran recogidas en protocolos siguiendo una jerarquía u orden de actuación (contención verbal, farmacológica y sujeción mecánica) los profesionales sanitarios deberán priorizar la intervención más adecuada para cumplir con este objetivo fundamental.

**Tercera Conclusión:** La seguridad del paciente es considerada un principio fundamental de la atención sanitaria y debido a ello, las diversas publicaciones al respecto abarcan una gran variedad de acciones de mejora dirigidas, entre otras, a la seguridad de los equipos, de la práctica clínica, control de infecciones, uso seguro de medicamentos... Para la seguridad del paciente con agitación psicomotriz, tanto la legislación vigente y escenarios médico-legales como diversos documentos que se han podido hallar, se encuentran enfocados únicamente en la seguridad del paciente agitado que requiere de medidas coercitivas o de contención. Estas intervenciones son las que más pueden comprometer la seguridad tanto para el paciente como para el profesional,

sin embargo sería de gran interés que los enfoques de mejora acerca de la seguridad del paciente agitado otorgasen similar importancia a otros aspectos de esta situación clínica como su prevención, detección precoz, actitud y formación de los profesionales... para así cubrir todas las posibles circunstancias y resultados adversos que esta situación de urgencia pueda conllevar.

**Cuarta conclusión:** El paciente agitado requiere de un plan de cuidados estandarizado e individual teniendo en cuenta diferentes variables como la etiología de la agitación, diagnóstico diferencial, estado de gravedad... Con el fin de apoyar a los profesionales de enfermería en la creación de planes de cuidados actualizados y focalizados en el paciente con agitación psicomotriz, la propuesta realizada acerca de los diagnósticos enfermeros más frecuentes y compatibles con la agitación queda constituida por los siguientes:

1. [00128] Confusión Aguda.
2. [00146] Ansiedad.
3. [00138] Riesgo de violencia dirigida a otros.
4. [00035] Riesgo de lesión.
5. [00155] Riesgo de caídas.

Tras las conclusiones iniciales comentadas, se puede determinar de forma general que:

- La agitación psicomotriz no es una enfermedad sino que se trata de un síndrome caracterizado por una hiperactividad psíquica y motora junto con otras manifestaciones clínicas y factores reactivos variables según su etiología. A su vez, puede ser un signo de diversas patologías.
- Es considerada una urgencia psiquiátrica debido al grado disruptivo del pensamiento, afecto y/o conducta del paciente que requiere, por tanto, de una atención y asistencia inmediata.
- Puede manifestarse en cualquier contexto sanitario con una prevalencia que oscila entre el 10 y el 93%, apareciendo sobretudo asociada a urgencias psiquiátricas, lesiones craneoencefálicas, delirium, demencia y cuidados intensivos entre otros. Esto justifica la necesidad de la formación continuada para todo el personal sanitario, y en el caso que nos ocupa, de las enfermeras.



- A la hora de intervenir ante un caso de agitación psicomotriz se debe priorizar la actuación más adecuada en cada caso para salvaguardar la seguridad del entorno y de todos los implicados en el proceso de asistencia sanitaria así como los derechos fundamentales del paciente evitando una mala praxis y consecuencias médico-legales.
- El paciente agitado requiere de unos cuidados de enfermería integrados en un plan estandarizado e individualizado que consiga cubrir las necesidades personales y otorgue soluciones a los problemas encontrados. Para ello es adecuado conocer las etiquetas diagnósticas de enfermería más frecuentes y compatibles con esta situación de urgencia.

## 7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Agencia de Calidad. Oficina de Planificación Sanitaria. Calidad y Evaluación Sanitaria. Taller de Expertos. (Eds.). (2005). *Estrategia en Seguridad del Paciente. Recomendaciones del Taller de Expertos celebrado el 8 y 9 de febrero de 2005*. Madrid, España: Ministerio de Sanidad y Consumo.
2. Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación (ANECA). (2004). *Libro Blanco Título de Grado de Enfermería*. Madrid: ANECA.
3. Bernal Pérez, F., Bustamante Pujadas, C., Hernández Ariza, M. C. y Nieves Montero, J. (2013). Agitación en paciente adulto hospitalizado. Plan de cuidados estandarizados. *RECIEN. Revista Científica de Enfermería*, 6, 1-18.  
doi: [10.14198/recien.2013.06.06](https://doi.org/10.14198/recien.2013.06.06)
4. Bulechek, G. M., Butcher, H., Dochterman, J. M. y Wagner, C. M. (Eds.). (2014). *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)*. 6ª ed. Barcelona, España: Elsevier.
5. Bustos, J. I., Capponi, I., Ferrante, R., Frausin, M. J. y Ibañez, B. (2010). Excitación psicomotriz: “manejo en los diferentes contextos”. *Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*, 16(3), 291-304.
6. Constitución Española de 1978. Título I. De los derechos y deberes fundamentales. Capítulo Segundo. Derechos y libertades. Sección 1ª. De los derechos fundamentales y de las libertades públicas. Artículo 17.1. (1978). *Boletín Oficial del Estado*. España. Madrid, 29 de diciembre de 1978, núm 311.1, pp. 29317.

7. Constitución Española de 1978. Título I. De los derechos y deberes fundamentales.  
Capítulo Segundo. Derechos y libertades. Sección 1ª. De los derechos fundamentales y de las libertades públicas. Artículo 18.1. (1978). *Boletín Oficial del Estado*. España. Madrid, 29 de diciembre de 1978, núm 311.1, pp. 29317.
8. Constitución Española de 1978. Título I. De los derechos y deberes fundamentales.  
Artículo 10.1. (1978). *Boletín Oficial del Estado*. España. Madrid, 29 de diciembre de 1978, núm 311.1, pp. 29316.
9. Constitución Española de 1978. Título I. De los derechos y deberes fundamentales.  
Capítulo Segundo. Derechos y libertades. Sección 1ª. De los derechos fundamentales y de las libertades públicas. Artículo 15. (1978). *Boletín Oficial del Estado*. España. Madrid, 29 de diciembre de 1978, núm 311.1, pp. 29316.
10. Constitución Española de 1978. Título preliminar. Artículo 1.1. (1978). *Boletín Oficial del Estado*. España. Madrid, 29 de diciembre de 1978, núm 311.1, pp. 29316.
11. Escobar-Córdoba, F. y Suárez-Beltrán, M. F. (2011). Abordaje clínico del paciente violento en atención primaria. *Universitas Médica*, 52(4), 421-430.
12. Estévez Ramos, R. A., Basset Machado, I., Guerrero Lara, M. G., López Vázquez, J. T. y Leal García, M. L. (2011). La sujeción del paciente con agitación psicomotriz. *Enfermería Neurológica*, 10(1), 32-38.
13. Fernández, S. (2009). *Guía de actuación en una guardia de medicina interna: Manejo de la agitación/ trastorno del sueño en planta*. Junta de Andalucía. Servicio de Medicina Interna. Intranet. Recuperado de

<http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hinmaculada/web/servicios/mi/FICHEROS/sesiones%20clinicas/guias/Guia%20agitacion.pdf>

14. Fernández Gallego, V., Murcia Pérez, E., Sinisterra Aquilino, J., Casal Angulo, C. y Gómez Estarlich, M. (2009). Manejo inicial del paciente agitado. *Emergencias*, 21, 121-32.
15. Galián Muñoz, I., Bernal Torres, J., Díaz Sánchez, C., De Concepción Salesa, A. y Martínez Serrano, J. (2011). *Protocolo de Atención a Pacientes con Agitación y / o Heteroagresividad*. Murcia, España: Hospital Psiquiátrico Román Alberca; Servicio Murciano de Salud.
16. García Álvarez, M. J. y Bugarín González, R. (2012). Agitación psicomotriz. *Cadernos de atención primaria*, 18(4), 343-347.
17. García García, J. M., García García, L. y Sáenz Mendía, R. (2013). Importancia del protocolo de contención mecánica en una unidad de hospitalización psiquiátrica de agudos. *Revista Médica electrónica Portales Médicos.com*, 8(18), 684.
18. Gómez-Durán, E. L., Guija, J. A. y Ortega-Monasterio, L. (2014). Aspectos medicolegales de la contención física y farmacológica. *Medicina Clínica*, 142(Supl 2), 24-29. doi: 10.1016/S0025-7753(14)70068-5
19. Grupo de trabajo sobre mejora del medio ambiente terapéutico. (2010). *Protocolo de contención mecánica*. Sevilla, España: Programa de Salud Mental. Servicio Andaluz de Salud y Área de Dirección de Gestión Sanitaria de la Escuela Andaluza de Salud Pública.
20. Jiménez Busselo, M. T., Aragón Domingo, J., Nuño Ballesteros, A., Loño Capote, J. y Ochando Perales, G. (2005). Atención al paciente agitado, violento o psicótico

en urgencias: un protocolo pendiente para una patología en aumento. *Anales de Pediatría*, 63(6), 526-536. doi: [10.1016/S1695-4033\(05\)70253-8](https://doi.org/10.1016/S1695-4033(05)70253-8)

21. Johnson, M., Moorhead, S., Bulechek, G., Butcher, H., Maas, M. y Swanson, E. (Eds.). (2012). *Vínculos de NOC y NIC a NANDA-I y diagnósticos médicos*. 3ª ed. Barcelona, España: Elsevier.
22. Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil. Libro IV. De los procesos especiales. Título I. De los procesos sobre capacidad, filiación, matrimonio y menores. Capítulo II. De los procesos sobre la capacidad de las personas. Artículo 763. Internamiento no voluntario por razón de trastorno psíquico. (2000). *Boletín Oficial del Estado*. España. Madrid, 8 de enero de 2000, núm 7, pp. 708.
23. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. Título primero. Del sistema de salud. Capítulo primero. De los principios generales. Artículo 10.1. (1986). *Boletín Oficial del Estado*. España. Madrid, 29 de abril de 1986, núm 102, pp. 15209.
24. Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Título preliminar. Disposiciones generales. Artículo 4. Derechos y obligaciones de las personas en situación de dependencia. (2007). *Boletín Oficial del Estado*. España. Madrid, 15 de diciembre de 2006, núm 299, pp. 44145.
25. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Capítulo IV. El respeto de la autonomía del paciente. Artículo 8.

- Consentimiento informado. (2002). *Boletín Oficial del Estado*. España. Madrid, 15 de noviembre de 2002, núm 274, pp. 40128.
26. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Capítulo IV. El respeto de la autonomía del paciente. Artículo 9. Límites del consentimiento informado y consentimiento por representación. (2002). *Boletín Oficial del Estado*. España. Madrid, 15 de noviembre de 2002, núm 274, pp. 40128-40129.
27. Megías-Lizancos, F., Vila Gimeno, C., Carretero Román, J., Rodríguez Monge, M. A., Salas Rubio, J.M., Sánchez Alfonso, J. y Silva García, M. C. (Eds.). (2016). Abordaje y cuidados del paciente agitado. Documento de consenso. Asociación Nacional de Enfermería de Salud Mental (ANESM), Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias (SEEUE). *Revista española de Enfermería de Salud Mental*, 1(supl. 1), 2-20.
28. Molina Alén, E. (2002). *Manejo de enfermería en pacientes con cuadro de agitación*. Barcelona, España: Glosa.
29. Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M. y Swanson, E. (Eds.). (2014). *Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). Medición de Resultados en Salud*. 5ª ed. Madrid, España: Elsevier.
30. NANDA International. Herdman, T. H. y S. Kamitsuru. (Eds.). (2015). *Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2015-2017*. 3ª ed. Barcelona, España: Elsevier.

31. Negro González, E. y García Manso, M. (2004). El paciente agitado: Planificación de cuidados. *Nure Investigación*, 1(6), 24-28.
32. Parra Parra, Y. (2013). *Problemas éticos en la práctica de la contención mecánica ante un paciente con agitación*. En XIV Congreso Virtual de Psiquiatría.com del 1 al 28 de febrero de 2013. Interpsiquis 2013.
33. Pérez González, S. (2003). Restricción de movimientos. *Enfermería Global*, 2(1), 15-30.
34. Pileño Martínez, M. E., Morillo Rodríguez, F. J., Salvadores Fuentes, P. y Nogales Espert, A. (2003). El enfermo mental. Historia y cuidados desde la época medieval. *Cultura De Los Cuidados. Revista De Enfermería Y Humanidades*, 7(13), 29-35. doi: [10.14198/cuid.2003.13.06](https://doi.org/10.14198/cuid.2003.13.06)
35. Stucchi-Portocarrero, S., Cruzado, L., Fernández-Ygreña, R., Bernuy-Mayta, M., Vargas-Murga, H., Alvarado-Sánchez, F.,... Núñez-Moscote, P. (2014). Guía de práctica clínica para el tratamiento de la agitación psicomotora y la conducta. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 77(1), 19-30.
36. Téllez Lapeira, J. M., Villena Ferrer, A., Morena Rayo, S., Pascual Pascual, P. y López García, C. (2005). El paciente agitado. *Guías Clínicas*, 5(34), 1-8.
37. Torres Ojeda, J., Pena Andreu, J. M. y Ruiz Ruiz, M. (1999). *El paciente agitado: su manejo en urgencias*. Málaga: Facultad de Medicina. Cátedra de Psiquiatría y Psicología Médica. Recuperado de <http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Manual%20de%20urgencias%20y%20Emergencias/agitado.pdf>

38. U.G.C. Medicina Interna. (2014). *Procedimiento de enfermería sobre contención mecánica (CM) o sujeción terapéutica*. Junta de Andalucía. Servicio de Medicina Interna. Intranet. Recuperado de <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hinmaculada/web/servicios/mi/FICHEROS/documentos%20de%20interes/Enfermeria/C.M..pdf>

### 7.1. Otra bibliografía consultada.

1. Almajano Navarro, V., Marco Arnau, I., Morales Rozas, A. B., Sieso Sevil, A. I., González Asenjo, H., Cinca Monterde, C.,... Alonso Martínez, V. (2014). *Diagnósticos enfermeros en salud mental. Identificación, desarrollo y aplicación*. 2ª ed. Aragón, España: Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud.
2. Agra Valera, Y. (Ed.). (2015). *Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud. Periodo 2015-2020*. Madrid, España: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
3. American Psychological Association (2010). *Manual de Publicaciones de la American Psychological Association*. México, D.F.: Editorial El Manual Moderno.
4. Bobes García, J., Bousoño García, M., Sáiz Martínez, P-A. y García-Portilla, M. P. (1998). *Enfermería psiquiátrica (I): Fundamentos de enfermería*. Barcelona, España: Ediciones Doyma.
5. Bohorquez, A., Carrascal, S., Acosta, S., Suárez, J., Melo, A., Pérez, J. y López, A. (2010). Evolución del estado mental del paciente sometido a la contención mecánica. *Revista Ciencia y Cuidado*, 7(1), 29-34.



6. Carmona Calvo, J. (Ed.). (2016). *III Plan Integral de Salud Mental de Andalucía 2016-2020*. Sevilla, España: Consejería de Salud.
7. Centro de Escritura Javeriano. (2011). *Normas APA Sexta Edición*. Recuperado de [https://issuu.com/dalzon/docs/normas\\_apa\\_sexta\\_edici\\_n](https://issuu.com/dalzon/docs/normas_apa_sexta_edici_n)
8. Comité de Bioética de España. (2016). *Consideraciones éticas y jurídicas sobre el uso de contenciones mecánicas y farmacológicas en los ámbitos social y sanitario*. Recuperado de <http://assets.comitedebioetica.es/files/documentacion/Informe%20Contenciones-CBE.pdf>
9. Comité de Dirección de Bioética (CDBI) del Consejo de Europa. (2000). *“Libro Blanco” sobre la protección de los derechos humanos y la dignidad de las personas que padecen un trastorno mental, especialmente aquellas ingresadas de forma involuntaria en un centro psiquiátrico*. Bélgica. Bruselas, 10 de febrero de 2000. Recuperado de [file:///C:/Users/Usuario/Downloads/CM%20\(2000\)%2023%20Suplemento%20Libro%20Blanco-%20\(4\).pdf](file:///C:/Users/Usuario/Downloads/CM%20(2000)%2023%20Suplemento%20Libro%20Blanco-%20(4).pdf)
10. Day, R. K. (1999). Psychomotor agitation: Poorly defined and badly measured. *Journal of Affective Disorders*, 55(2), 89-98. doi: [10.1016/S01650327\(99\)00010-5](https://doi.org/10.1016/S01650327(99)00010-5)
11. Elvira Peña, L. (2011). *Seguridad del Paciente y Gestión de Riesgos Sanitarios en Salud Mental*. Extremadura, España: Junta de Extremadura: Consejería de Sanidad y Dependencia.
12. Galiana Roch, J. L. (2016). *Enfermería psiquiátrica*. Barcelona, España: Elsevier.

13. Granada, J. M. (Ed.). (2010). *Manual de enfermería psiquiátrica*. Barcelona, España: Editorial Glosa
14. Holloman, G. H. y Zeller, S. L. (2012). Overview of Project BETA: best practices in evaluation and treatment of agitation. *Western Journal of Emergency Medicine*, 13(1), 1-2. doi: 10.5811/westjem.2011.9.6865
15. Instrumento de Ratificación del Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina (Convenio relativo a los derechos humanos y la biomedicina), hecho en Oviedo el 4 de abril de 1997. Jefatura del Estado. Capítulo I. Disposiciones generales. Artículo 1. Objeto y finalidad. (1999). *Boletín Oficial del Estado*. España. Madrid, 20 de octubre de 1999, núm 251, pp. 36825.
16. Jims (Editorial). (1995). *Diccionario de psiquiatría*. Barcelona, España: Jims.
17. Megías Lizancos, F. y Serrano Parra, M. D. (2000). *Enfermería S21: Enfermería en Psiquiatría y Salud Mental*. Madrid, España: Difusión Avances de Enfermería (DAE).
18. Naciones Unidas. Declaración Universal de Derechos Humanos. Artículo 1. (1948). *Resolución de la Asamblea General de las Naciones Unidas 217 A (III)*. Francia. Paris, 10 de diciembre de 1948.
19. Raboch, J., Kalisová, L., Nawka, A., Kitzlerová, E., Onchev, G., Karastergiou, A.,... Kallert, T. W. (2010). Use of coercive measures during involuntary hospitalization: findings from ten European countries. *Psychiatric Services*, 61(10), 1012-1017. doi: [10.1176/ps.2010.61.10.1012](https://doi.org/10.1176/ps.2010.61.10.1012)

20. Rakhmatullina, M., Taub, A. y Jacob, T. (2013). Morbidity and Mortality Associated with the Utilization of Restraints. A Review of Literature. *Psychiatric Quartely*, 84(4), 499-512. doi: [10.1007/s11126-013-9262-6](https://doi.org/10.1007/s11126-013-9262-6)
21. Resolución 46/119, de 17 de diciembre de 1991, de la Asamblea General de Naciones Unidas, sobre la protección de los enfermos mentales y la mejora de la atención de la Salud Mental. Anexo. Principios para la protección de los enfermos mentales y para el mejoramiento de la atención de la salud mental. *Asamblea General de las Naciones Unidas, 75ª. Sesión plenaria*. EEUU. Nueva York, 17 de diciembre de 1991, pp. 207.
22. Recommendation NO. REC(2004)10 of the Committee of Ministers to member States concerning the protection of the human rights and dignity of persons with mental disorder and its Explanatory Memorandum. Adopted by the Committee of Ministers on 22 September 2004 at the 896th meeting of the Ministers' Deputies. *Council of Europe. Committee of Ministers*. Brussels. Belgium. September 22, 2004. Recuperado de [file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Consejo%20de%20Europa%202004%20Rec%2\(2004\)10%20Proteccion%20de%20Dchos%20Humanos%20y%20Dignidad%20de%20personas%20con%20TM-%20\(4\).pdf](file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Consejo%20de%20Europa%202004%20Rec%2(2004)10%20Proteccion%20de%20Dchos%20Humanos%20y%20Dignidad%20de%20personas%20con%20TM-%20(4).pdf)
23. Recomendación 1235(1994) del Consejo de Europa sobre psiquiatría y derechos humanos. *Consejo de Europa. 10ª sesión*. Bruselas. Bélgica, 12 de Abril de 1994.
24. Rodríguez de Vera Selva, M. L., Alarcón Tobarra, N., Ruiz García, J. y Pérez Mascuñan, M. D. (2015). *Inmovilización de pacientes y sujeción mecánica. Protocolo Consensuado. Revisión 2012. Complejo Hospitalario Universitario*

de Albacete (CHUA). Recuperado de  
<http://www.chospab.es/publicaciones/protocolosEnfermeria/documentos/17023d3b07b13ecbc6f578cb43bfa788.pdf>

25. Servicio Madrileño de Salud. Dirección General de Coordinación de la Asistencia Sanitaria. (2016). *Evaluación del Plan Estratégico de Salud Mental 2010-2014*. Madrid, España: Comunidad de Madrid.
26. Sevillano Arroyo, M. A. (2003). Abordaje al paciente agitado. Protocolo de enfermería para la contención mecánica. *Psiquiatría.com*, 7(3), 1-12.
27. Wilson, M. P., Pepper, D., Currier, G. W., Holloman, G. H. y Feifel, D. (2012). The Psychopharmacology of Agitation: consensus statement of the American Association for Emergency Psychiatry Project BETA Psychopharmacology Workgroup. *Western Journal of Emergency Medicine*, 13(1), 26-34. doi: [10.5811/westjem.2011.9.6866](https://doi.org/10.5811/westjem.2011.9.6866)
28. Zeller, S. L. y Rhoades, R. W. (2010). Systematic reviews of assessment measures and pharmacologic treatments for agitation. *Clinical Therapeutics*, 32(3), 403-425. doi: [10.1016/j.clinthera.2010.03.006](https://doi.org/10.1016/j.clinthera.2010.03.006)

## 8. ÍNDICE DE TABLAS

<b>Tabla 1:</b> Factores etiológicos de la agitación psicomotriz. _____	7
<b>Tabla 2:</b> Factores predisponentes de la agitación psicomotriz. _____	8
<b>Tabla 3:</b> Palabras claves, descriptores(DECS & MESH) y sinónimos utilizados para desarrollar la revisión de la literatura científica. _____	14
<b>Tabla 4:</b> Conjugaciones realizadas entre descriptores y operadores booleanos en la búsqueda de la literatura científica. _____	17
<b>Tabla 5:</b> Actuaciones a realizar con el fin de salvaguardar la seguridad en un episodio de agitación psicomotriz. _____	21
<b>Tabla 6:</b> Actuaciones y conductas que deben adoptar los profesionales sanitarios para realizar la contención verbal en un paciente agitado. _____	23
<b>Tabla 7:</b> Características de la agitación psicomotriz según su etiología. _____	25
<b>Tabla 8:</b> Principales fármacos utilizados en la agitación orgánica, tóxica y psiquiátrica. _____	26
<b>Tabla 9:</b> Indicaciones y contraindicaciones de la contención mecánica _____	28
<b>Tabla 10:</b> Procedimiento por pautas de la contención mecánica. _____	29
<b>Tabla 11:</b> Marco normativo vigente internacional y nacional sobre la utilización de medidas de contención. _____	33
<b>Tabla 12:</b> Escenarios médico-legales en la aplicación de contenciones en España. _	34
<b>Tabla 13:</b> Cuidados generales de enfermería en pacientes con agitación psicomotriz.	38
<b>Tabla 14:</b> Registro de etiquetas NANDA, NIC y NOC compatibles con planes de cuidados para pacientes con agitación psicomotriz. _____	40
<b>Tabla 15:</b> Otros posibles diagnósticos, intervenciones y objetivos enfermeros compatibles para el paciente agitado. _____	45

## 9. ANEXOS

### 9.1. Preceptos legales a nivel nacional (España).

#### A) Constitución Española de 1978. Artículos:

- **Artículo 1.1:** España se constituye en un Estado social y democrático de Derecho, que propugna como valores superiores de su ordenamiento jurídico la libertad, la justicia, la igualdad y el pluralismo político.
- **Artículo 10.1:** La dignidad de la persona, los derechos inviolables que le son inherentes, el libre desarrollo de la personalidad, el respeto a la ley y a los derechos de los demás son fundamento del orden político y de la paz social.
- **Artículo 15:** Todos tienen derecho a la vida y a la integridad física y moral, sin que, en ningún caso, puedan ser sometidos a tortura ni a penas o tratos inhumanos o degradantes. Queda abolida la pena de muerte, salvo lo que puedan disponer las leyes penales militares para tiempos de guerra.
- **Artículo 17.1:** Toda persona tiene derecho a la libertad y a la seguridad. Nadie puede ser privado de su libertad, sino con la observancia de lo establecido en este artículo y en los casos y en la forma prevista en la ley.
- **Artículo 18.1:** Se garantiza el derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen.

#### B) Ley General de Sanidad de 1986. Artículo 10.1: Todos tienen los siguientes derechos con respecto a las distintas administraciones públicas sanitarias:

1. Al respeto a su personalidad, dignidad humana e intimidad, sin que pueda ser discriminado por razones de raza, de tipo social, de sexo, moral, económico, ideológico, político o sindical.

C) **Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.**

- **Artículo 8: Consentimiento informado.**

1. Toda actuación en el ámbito de la salud de un paciente necesita el consentimiento libre y voluntario del afectado, una vez que, recibida la información prevista en el artículo 4, haya valorado las opciones propias del caso.
2. El consentimiento será verbal por regla general. Sin embargo, se prestará por escrito en los casos siguientes: intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores y, en general, aplicación de procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente.
3. El consentimiento escrito del paciente será necesario para cada una de las actuaciones especificadas en el punto anterior de este artículo, dejando a salvo la posibilidad de incorporar anejos y otros datos de carácter general, y tendrá información suficiente sobre el procedimiento de aplicación y sobre sus riesgos.
4. Todo paciente tiene derecho a ser advertido sobre la posibilidad de utilizar los procedimientos de pronóstico, diagnóstico y terapéuticos que se le apliquen en un proyecto docente o de investigación, que en ningún caso podrá comportar riesgo adicional para su salud.
5. El paciente puede revocar libremente por escrito su consentimiento en cualquier momento.

- **Artículo 9: Límites del consentimiento informado y consentimiento por representación.**

1. La renuncia del paciente a recibir información está limitada por el interés de la salud del propio paciente, de terceros, de la colectividad y por las exigencias terapéuticas del caso. Cuando el paciente manifieste expresamente su deseo de no ser informado, se respetará su voluntad

haciendo constar su renuncia documentalmente, sin perjuicio de la obtención de su consentimiento previo para la intervención.

2. Los facultativos podrán llevar a cabo las intervenciones clínicas indispensables en favor de la salud del paciente, sin necesidad de contar con su consentimiento, en los siguientes casos:

- Cuando existe riesgo para la salud pública a causa de razones sanitarias establecidas por la Ley. En todo caso, una vez adoptadas las medidas pertinentes, de conformidad con lo establecido en la Ley Orgánica 3/1986, se comunicarán a la autoridad judicial en el plazo máximo de 24 horas siempre que dispongan el internamiento obligatorio de personas.
- Cuando existe riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del enfermo y no es posible conseguir su autorización, consultando, cuando las circunstancias lo permitan, a sus familiares o a las personas vinculadas de hecho a él.

3. Se otorgará el consentimiento por representación en los siguientes supuestos:

- Cuando el paciente no sea capaz de tomar decisiones, a criterio del médico responsable de la asistencia, o su estado físico o psíquico no le permita hacerse cargo de su situación. Si el paciente carece de representante legal, el consentimiento lo prestarán las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho.
- Cuando el paciente esté incapacitado legalmente.
- Cuando el paciente menor de edad no sea capaz intelectual ni emocionalmente de comprender el alcance de la intervención. En este caso, el consentimiento lo dará el representante legal del menor después de haber escuchado su opinión si tiene doce años cumplidos. Cuando se trate de menores no incapaces ni incapacitados, pero emancipados o con dieciséis años cumplidos, no cabe prestar el consentimiento por representación. Sin embargo, en caso de actuación de grave riesgo, según el criterio del facultativo, los padres la decisión correspondiente.



4. La interrupción voluntaria del embarazo, la práctica de ensayos clínicos y la práctica de técnicas de reproducción humana asistida se rigen por lo establecido con carácter general sobre la mayoría de edad y por las disposiciones especiales de aplicación.
5. La prestación del consentimiento por representación será adecuada a las circunstancias y proporcionada a las necesidades que haya que atender, siempre en favor del paciente y con respeto a su dignidad personal. El paciente participará en la medida de lo posible en la toma de decisiones a lo largo del proceso sanitario.

**D) Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil. Artículo 763:**

1. El internamiento, por razón de trastorno psíquico, de una persona que no esté en condiciones de decidirlo por sí, aunque esté sometida a la patria potestad o a tutela, requerirá autorización judicial, que será recabada del tribunal del lugar donde resida la persona afectada por el internamiento.

La autorización será previa a dicho internamiento, salvo que razones de urgencia hicieran necesaria la inmediata adopción de la medida. En este caso, el responsable del centro en que se hubiere producido el internamiento deberá dar cuenta de éste al tribunal competente lo antes posible y, en todo caso, dentro del plazo de veinticuatro horas, a los efectos de que se proceda a la preceptiva ratificación de dicha medida, que deberá efectuarse en el plazo máximo de setenta y dos horas desde que el internamiento llegue a conocimiento del tribunal.

En los casos de internamientos urgentes, la competencia para la ratificación de la medida corresponderá al tribunal del lugar en que radique el centro donde se haya producido el internamiento. Dicho tribunal deberá actuar, en su caso, conforme a lo dispuesto en el apartado 3 del artículo 757 de la presente Ley.

2. El internamiento de menores se realizará siempre en un establecimiento de salud mental adecuado a su edad, previo informe de los servicios de asistencia al menor.

3. Antes de conceder la autorización o de ratificar el internamiento que ya se ha efectuado, el tribunal oirá a la persona afectada por la decisión, al Ministerio Fiscal y a cualquier otra persona cuya comparecencia estime conveniente o le sea solicitada por el afectado por la medida. Además, y sin perjuicio de que pueda practicar cualquier otra prueba que estime relevante para el caso, el tribunal deberá examinar por sí mismo a la persona de cuyo internamiento se trate y oír el dictamen de un facultativo por él designado. En todas las actuaciones, la persona afectada por la medida de internamiento podrá disponer de representación y defensa en los términos señalados en el artículo 758 de la presente Ley.
4. En todo caso, la decisión que el tribunal adopte en relación con el internamiento será susceptible de recurso de apelación

**E) Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia. Artículo 4.**

1. Las personas en situación de dependencia tendrán derecho, con independencia del lugar del territorio del Estado español donde residan, a acceder, en condiciones de igualdad, a las prestaciones y servicios previstos en esta Ley, en los términos establecidos en la misma.
2. Asimismo, las personas en situación de dependencia disfrutarán de todos los derechos establecidos en la legislación vigente, y con carácter especial de los siguientes:
  - A disfrutar de los derechos humanos y libertades fundamentales, con pleno respeto de su dignidad e intimidad.
  - A recibir, en términos comprensibles y accesibles, información completa y continuada relacionada con su situación de dependencia.
  - A ser advertido de si los procedimientos que se le apliquen pueden ser utilizados en función de un proyecto docente o de investigación, siendo necesaria la previa autorización, expresa y por escrito, de la persona en situación de dependencia o quien la represente.

- A que sea respetada la confidencialidad en la recogida y el tratamiento de sus datos, de acuerdo con la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.
  - A participar en la formulación y aplicación de las políticas que afecten a su bienestar, ya sea a título individual o mediante asociación.
  - A decidir, cuando tenga capacidad de obrar suficiente, sobre la tutela de su persona y bienes, para el caso de pérdida de su capacidad de autogobierno.
  - A decidir libremente sobre el ingreso en centro residencial.
  - Al ejercicio pleno de sus derechos jurisdiccionales en el caso de internamientos involuntarios, garantizándose un proceso contradictorio.
  - Al ejercicio pleno de sus derechos patrimoniales.
  - A iniciar las acciones administrativas y jurisdiccionales en defensa del derecho que reconoce la presente Ley en el apartado 1 de este artículo. En el caso de los menores o personas incapacitadas judicialmente, estarán legitimadas para actuar en su nombre quienes ejerzan la patria potestad o quienes ostenten la representación legal.
  - A la igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal, en cualquiera de los ámbitos de desarrollo y aplicación de esta Ley.
  - A no sufrir discriminación por razón de orientación o identidad sexual.
3. Los poderes públicos adoptarán las medidas necesarias para promover y garantizar el respeto de los derechos enumerados en el párrafo anterior, sin más limitaciones en su ejercicio que las directamente derivadas de la falta de capacidad de obrar que determina su situación de dependencia.
4. Las personas en situación de dependencia y, en su caso, sus familiares o quienes les representen, así como los centros de asistencia, estarán obligados a suministrar toda la información y datos que les sean requeridos por las administraciones competentes para la valoración de su grado de dependencia, a comunicar todo tipo de ayudas personalizadas que reciban, a aplicar las prestaciones económicas a las finalidades para las que fueron otorgadas y a cualquier otra obligación prevista en la legislación vigente.

